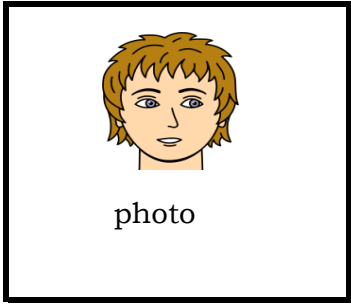




FICHE D'INSCRIPTION

Été 2020

Camp Les Aventuriers de Brébeuf



photo

Enfant	PRÉNOM :	_____	
	NOM :	_____	Chandail (grandeur) _____
	Date de naissance :	_____	(au début du _____
	No. Ass.maladie :	_____	Âge : camp de jour) _____
			expiration _____

Parents	Père :	_____	Mère :	_____
	Adresse :	_____	Adresse :	_____
		_____	(si différente)	_____
		_____		_____
	NAS * :	_____	NAS * :	_____
		*obligatoire pour émission du reçu fiscal		
	Tél. Rés.	_____	Tél. Rés.	_____
Tél. Travail	_____	Tél. Travail	_____	
Cellulaire	_____	Cellulaire	_____	

autre(s) enfant(s) au camp de jour ? Si oui, nom(s) : _____

COCHEZ:		8e semaine (17 au 21 août 2020)	
Tarification	camp de jour 305 \$	<input type="checkbox"/>	non-résident 900 \$ <input type="checkbox"/>
	2e+ enfant 280 \$	<input type="checkbox"/>	2e+ enfant 900 \$ <input type="checkbox"/>
	service de garde 105\$	<input type="checkbox"/>	→
	Total :	_____ \$	
	La somme dûe doit être payée avant le 25 juin 2020 . Il est possible de faire des chèques postdatés avant cette date.		si Service de garde requis : s.v.p. spécifiez à partir de quelle heure... et jusqu'à quelle heure
payé par :	chèque <input type="checkbox"/>	vous croyez en avoir besoin ? am (entre 7h30-9h) _____ et pm (16h-17h30) _____	

AUCUN REMBOURSEMENT NE SERA EFFECTUÉ APRÈS LE DÉBUT DU CAMP DE JOUR

J'atteste avoir reçu les **Règlements** du Camp de jour et m'engage à ce que nous les respections.

Signature : _____

...suite au verso

Autorisation

Personnes autorisées à venir chercher votre enfant

Nom : _____ Nom : _____
Nom : _____ Nom : _____

Urgence

EN CAS D'URGENCE ...Personnes à contacter (autres que les parents)

Nom : _____ Nom : _____
Lien : _____ Lien : _____
Tél : _____ Tél : _____

FICHE MÉDICALE

Médical

Nom du médecin : _____
Tél du médecin : _____

Veillez cocher la réponse appropriée et fournir des détails si vous répondez oui à une de ces questions :

	NON	OUI	Détails:
Prend des médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
			(nom du médicament, posologie)
Allergies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
			Épipen / Anakit à la disposition de l'enfant ? _____
Crises ou Épilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Porte des lunettes/verres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Porte un appareil dentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problème d'ouïe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Asthme/trouble respiratoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Trouble cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Otite/Amygdalite à répétition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Chirurgie / Blessures graves	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Autres problèmes de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Toutes autres informations non-mentionnées ci-dessus : _____

Par la présente, j'autorise les responsables du Camp de jour de Brébeuf à prendre les mesures nécessaires en cas d'urgence et à faire transporter mon enfant chez le médecin ou à l'hôpital le plus près, s'il est impossible de rejoindre une des personnes inscrites sur la fiche d'inscription. Et je certifie que les renseignements ci-haut sont exacts.

Signature du parent : _____ Date : _____

Lettres moulées : _____