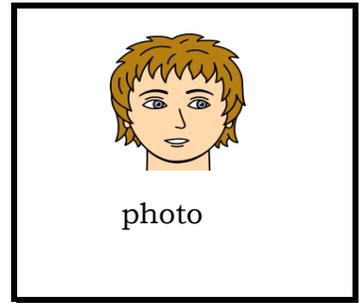




FICHE D'INSCRIPTION

Été 2020

Camp Les Aventuriers de Brébeuf



| | | | |
|--------|---------------------|-------|---------------------------|
| 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 : _____