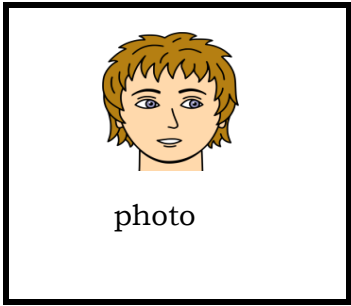




FICHE D'INSCRIPTION

Été 2021

Camp Les Aventuriers de Brébeuf



photo

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

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

COCHEZ:

8e semaine (16 au 20 août 2021)

Tarification	camp de jour 305 \$ <input type="checkbox"/>	non-résident 900 \$ <input type="checkbox"/>	Résident et non résident inscrit au camp 105 \$ <input type="checkbox"/>
	2e+ enfant 280 \$ <input type="checkbox"/>	2e+ enfant 900 \$ <input type="checkbox"/>	Non résident et non inscrit au camp 210 \$ <input type="checkbox"/>
	service de garde 105\$ <input type="checkbox"/>	si Service de garde requis : s.v.p. spécifiez à partir de quelle heure... et jusqu'à quelle heure vous croyez en avoir besoin ? am (entre 7h30-9h) _____ et pm (16h-17h30) _____	
	Total : _____ \$		

Il vous est possible de préparer des chèques post-datés et/ou prendre entente de paiement.

s.v.p. faire chèque distinct pour le service de garde

payé par : _____ chèque

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 : _____