

FICHE D'INSCRIPTION

Camp du temps des fêtes 2018-2019

RENSEIGNEMENTS DE L'ENFANT PARTICIPANT (1 FORMULAIRE PAR PARTICIPANT)

NOM, PRÉNOM _____

Date de naissance : _____ Âge: _____ F M
(AAAA-MM-JJ)

No. Ass. mal. : _____ Exp.: _____
(MM-AA)

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

NOM DU RÉPONDANT DE L'ENFANT

NOM, PRÉNOM _____

Lien avec l'enfant : Mère Père Tuteur

Tél. résidence : _____ Tél. Travail : _____

Tél. cellulaire : _____ Courriel : _____

REÇU D'IMPÔT POUR FRAIS DE GARDE

Émis en février prochain au nom et # d'assurance sociale indiqués ci-dessous.

Disponible par Internet au début mars.

Émis à _____

Numéro d'assurance sociale _____ - _____ - _____

CHOIX DES JOURNÉES DE CAMP

- Jeudi 27 décembre 2018 - 25\$
- Vendredi 28 décembre 2018 - 25\$
- Jeudi 3 janvier 2019-25\$
- Vendredi 4 janvier 2019-25\$

Prenez note que l'horaire du camp est de 8h à 16h30 et qu'il n'y a pas de service de garde disponible.

TYPE DE PAIEMENT:

- Chèque (faire le chèque à l'ordre du Relais du Bout)
- Argent comptant
- Visa ou Mastercard

TOTAL:

URGENCE

NOM, PRÉNOM *(personne autre que celle indiquée au verso)*

Lien avec l'enfant (spécifiez le lien) _____

Tél. résidence : _____ Tél. Travail : _____

Tél. cellulaire : _____

PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT AU CAMP:

Mère Père Tuteur Autre (spécifiez le lien)

* Si une autre personne devait venir chercher l'enfant, remettre une note écrite à l'animateur en matinée.

Est-ce que votre enfant est autorisé à quitter seul à la fin de la journée de camp? OUI NON

ÉTAT DE SANTÉ DE L'ENFANT

Est-ce que votre enfant souffre d'allergies? Oui Non

Nature de l'allergie _____

Type de réaction _____

Est-ce que votre enfant possède un injecteur d'adrénaline (de type Epi-Pen, ana-kit ou autre)?

Oui Non

Note: pour des raisons de sécurité et d'efficacité, si votre enfant possède un Épi-Pen ou tout autre auto-injecteur, il devra l'avoir sur lui, en tout temps.

L'enfant souffre-t-il d'une maladie ou a-t-il des incapacités ou problèmes physiques, cognitifs, émotifs ou comportementaux requérant une approche particulière ou pouvant l'empêcher de participer pleinement à une activité?

Oui Non Spécifiez: _____

L'enfant doit-il prendre des médicaments? Oui Non

Si oui, un formulaire d'administration de médicaments disponible à l'accueil du camp devra être rempli et signé.

AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ :

J'autorise Les Loisirs communautaires Le Relais du Bout à utiliser en tout ou en partie des photographies ou vidéos à des fins publicitaires dans lesquels apparaît mon enfant dans le cadre des activités du camp du temps des fêtes. Tout le matériel utilisé demeurera la propriété des Loisirs communautaires Le Relais du Bout.

Oui Non

Signature: _____

Date: _____