



Camp de jour 2018 Fiche d'inscription

Identification de l'enfant

Nom: _____ Prénom: _____

Adresse: _____ Ville: _____ Code postal: _____

Date de naissance: _____ Âge: _____

Numéro de téléphone: _____

Courriel: _____

Reçu d'impôt

Nom du parent: _____ No Ass. sociale: _____

	25 au 29 juin Far West	2 au 6 juillet Gourmande	9 au 13 juillet E=mc2	16 au 20 juillet Hivernale	6 au 10 août Action!	13 au 17 août Célébration	
	Temps plein	Total/ 6 semaines \$					
1er enfant	82\$	82\$	82\$	82\$	82\$	82\$	
2ieme enfant	64.50\$	64.50\$	64.50\$	64.50\$	64.50\$	64.50\$	
3ieme enfant	47\$	47\$	47\$	47\$	47\$	47\$	
	Temps partiel	Total/ 6 semaines \$					
1er enfant	57\$	57\$	57\$	57\$	57\$	57\$	
2ieme enfant	45.75\$	45.75\$	45.75\$	45.75\$	45.75\$	45.75\$	
3ieme enfant	34.50\$	34.50\$	34.50\$	34.50\$	34.50\$	34.50\$	
	Service de garde T-plein	Total/ 6 semaines \$					
1er enfant	25\$	25\$	25\$	25\$	25\$	25\$	
2ieme enfant	19\$	19\$	19\$	19\$	19\$	19\$	
3ieme enfant	12\$	12\$	12\$	12\$	12\$	12\$	
	Service de garde T-partiel	Total/ 6 semaines \$					
1er enfant	15\$	15\$	15\$	15\$	15\$	15\$	
2ieme enfant	11\$	11\$	11\$	11\$	11\$	11\$	
3ieme enfant	7\$	7\$	7\$	7\$	7\$	7\$	

N'oubliez pas qu'il y a un tarif pour l'été au complet

Encercler

Encercler

Premier versement à l'inscription = _____ (50%) Deuxième versement le 1er juillet = _____ (50%) **GRAND TOTAL**
 Payé en totalité _____ Nbr de sem. _____
 Payé ajout sem. No _____
 Payé ajout sem. No _____
 Payé ajout sem. No _____

Note: _____

Sans fiche médicale,
les sorties ne seront
pas possible!

Camp de jour 2018 FICHE MÉDICALE



Prénom de l'enfant: _____

Nom de l'enfant: _____

Sexe: F M Âge: _____ Date de naissance: _____

No Assurance maladie: _____ exp.: _____

Nom et prénom du père: _____

No Téléphone maison/ père: _____ Travail: _____

Nom et prénom de la mère: _____

No Téléphone maison/ mère: _____ Travail: _____

Cellulaire père: _____ mère: _____

À la fin de la journée mon enfant partira avec:

père mère seul autre: _____

PHOTO

En cas d'urgence

Nom, Prénom: _____ No tél: _____ Lien: _____

Nom, Prénom: _____ No tél: _____ Lien: _____

Nom, Prénom: _____ No tél: _____ Lien: _____

VOTRE ENFANT A-T-IL DES PROBLÈMES DE SANTÉ OU D'ALLERGIES? OUI- NON

Si oui, lesquels: _____

Est-ce que votre enfant prend des médicaments: OUI NON

SI OUI, VEUILLEZ REMPLIR LE FORMULAIRE : AUTORISATION DE DISTRIBUER OU D'ADMINISTRER UN MÉDICAMENT PRESCRIT. (demandez-le au responsable des inscriptions)

J'autorise le camp de jour à utiliser des photos de mon enfant à des fins publicitaires: oui non

En cas d'urgence, j'autorise le camp de jour à prendre les actions nécessaires pour assurer la santé et le bien-être de mon enfant. oui non

Les responsables du camp de jour ne pourront être tenus responsables si des événements sont causés par des informations manquantes sur cette fiche.

Signature: _____ Date: _____