

Formulaire d'inscription 2020- semaine relâche

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

PARENT – SECTION MEMBRE

Mère Père Tuteur Famille d'accueil Autre _____

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____ App. : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Tél. (rés.) : _____ Tél. (bur.) : _____ Cellulaire : _____

Courriel : _____

Date de naissance : _____

RELEVÉ 24 Les frais d'inscription sont déductibles d'impôt provincial.

Le relevé doit être adressé à : _____ **(N.A.S. Obligatoire pour validité du relevé)**

Nom du payeur : _____ N.A.S. : _____

Garde partagée _____ % mère _____ % père

Autre nom : _____ N.A.S. : _____ Date naissance : _____

Adresse (si pas la même que ci-haut) : _____ App. : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Signature du parent : _____ Date : _____

ENFANT- SECTION MEMBRE

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Âge : _____ Sexe : Garçon Fille

No. Ass. Maladie : _____ Date d'expiration : _____

En cas d'urgence, rejoindre : _____ Tél. (rés.) : _____ Cell. : _____

Lien avec l'enfant : _____

FICHE DE SANTÉ

Taille en mètre ou centimètre _____ Couleur yeux : _____

Poids en Kilogramme _____ Couleur cheveux : _____

Votre enfant à t-il des problèmes de santé (Cochez si l'affirmation s'applique à votre enfant)?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Allergie (insectes, aliments, médicaments, autres) | <input type="checkbox"/> Asthme- tr. respiratoires | |
| <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Eczéma | <input type="checkbox"/> Énurésie (pipi au lit) |
| <input type="checkbox"/> Épilepsie | <input type="checkbox"/> Fièvre des foins | <input type="checkbox"/> Intestins |
| <input type="checkbox"/> Haute ou basse pression | <input type="checkbox"/> Hépatite VIH | <input type="checkbox"/> Maux d'oreille |
| <input type="checkbox"/> Maux de reins | <input type="checkbox"/> Maux de tête fréquents | |
| <input type="checkbox"/> Perte de connaissance régulière | <input type="checkbox"/> Problèmes aux yeux, autres que lunettes | |
| <input type="checkbox"/> Rhumatisme | <input type="checkbox"/> Troubles cardiaques | <input type="checkbox"/> Troubles nerveux |
| <input type="checkbox"/> Troubles sanguins (hémophilie, saignement de nez...) | <input type="checkbox"/> Tuberculose | |

Autres difficultés de santé? _____

Si allergie, votre enfant à-t-il avec lui un EpiPen? Oui Non

Si oui, veuillez prendre note de l'avis de loi concernant l'administration de l'EpiPen

Votre enfant doit-il prendre des médicaments? Oui Non

Si oui, veuillez préciser : _____

Vaccination à jour : Oui Non précisez : _____

Y a-t-il des contre-indications au niveau des activités du camp de jour (gymnastique, marche, alimentation,...? Si oui, lesquelles?) _____

Votre enfant porte-t-il des lunettes ou lentilles cornéennes? Oui Non

Décrivez-nous le tempérament de votre enfant :

Votre enfant souffre-t-il de difficultés comportementales ou besoins particuliers? Oui Non

SEMAINE DE RELÂCHE DU 2 AU 6 MARS 2020

- Les coûts incluent les périodes de l'entre jeu et les sorties (ouvert de 7h30 à 17h30)

2 au 6 mars 2020

- Pour la semaine (125\$)
- Lundi 2 mars (30\$)
- Mardi 3 mars (30\$)
- Mercredi 4 mars (30\$)
- Jeudi 5 mars (30\$)
- Vendredi 6 mars (30\$)

ADMINISTRATION

Mode de paiement : Comptant Chèque Carte débit Visa MasterCard

✓ L'inscription n'est ni transférable, ni remboursable.

✓ Toute personne fournissant de faux renseignements sera exclue du programme, et ce, sans remboursement.