

FICHE D'INSCRIPTION

Camp de jour - Été 2017

VOTRE ENFANT

Prénom :	Nom :
Date de naissance : (JJ) ____ / (M) ____ / (A) ____	Âge au début du camp :
Ass. Maladie : _____ Exp : _____	Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>

LES TUTEURS ***LE CAMPEUR RÉSIDE AVEC tuteur 1 tuteur 2

Nom du tuteur 1 :	Nom du tuteur 2 :
Lien de parenté :	Lien de parenté :
Adresse :	Adresse :
Ville : _____ Code Postal : _____	Ville : _____ Code Postal : _____
Téléphone : (Rés.) : _____	Téléphone : (Rés.) : _____
(Bur.) : _____ (Cell.) : _____	(Bur.) : _____ (Cell.) : _____
Courriel :	Courriel :
Reçu d'impôt au nom de (Revelé 24) : <input type="checkbox"/> tuteur 1 <input type="checkbox"/> tuteur 2	# ass. sociale du tuteur (obligatoire) _____

QUELLES SONT LES PERSONNES AUTORISÉES À QUITTER AVEC L'ENFANT À LA FIN DE LA JOURNÉE?

<input type="checkbox"/> Tuteur 1	<input type="checkbox"/> Tuteur 2	<input type="checkbox"/> Seul	Autres : Spécifiez : _____
-----------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------	----------------------------

OÙ AVEZ-VOUS ENTENDU PARLER DU CAMP DE JOUR PÈRE SABLON?

Site web Affiche ou dépliant au Centre Infolettre Page Facebook Ami / Famille Autres : _____

Je réfère un ami pour l'été 2017 Nom de l'ami : _____

INSCRIPTIONS

Cocher les semaines auxquelles vous voulez inscrire l'enfant.
Écrivez le nom de la spécialité/programme selon le tableau disponible en ligne ou dans la brochure

Tarifs: Journée (45\$), Journée sortie (55\$), Demi touche-à-tout (95\$), Touche-à-tout (150\$), Spécialités (195\$ / 250 \$ / 390 \$), SNAP (450\$) PAM (600\$)

Semaines	Spécialité / Programme :	Administration
Semaine 1 - 26 au 30 juin		
Semaine 2 – 3 au 7 juillet		
Semaine 3 – 10 au 14 juillet		
Semaine 4 – 17 au 21 juillet		
Semaine 5 – 24 au 28 juillet		
Semaine 6 – 31 juillet au 4 août		
Semaine 7 – 7 au 11 août		
Semaine 8 – 14 au 18 août		
Semaine 9 – 21 au 25 août		
À la journée 45 / 55 \$	Journées demandées :	

Voulez-vous faire un don à la Fondation Père Sablon ?	Montant : _____ \$
---	--------------------

PAIEMENT

CARTE DE MEMBRE : La carte de membre du Centre Père Sablon est obligatoire pour l'inscription au camp de la relâche (10 \$, taxes incluses).
T-SHIRT : Le T-shirt officiel du camp de jour 2017 est obligatoire pour l'inscription (sauf pour À la journée) au coût de (10\$, taxes incluses).
PAIEMENT : Il est possible de payer l'entièreté de la facture lors de l'inscription ou en trois versements égaux (1^{er} : À l'inscription, 3^e : le vendredi précédent la première semaine de camp, 2^e : entre ces deux dates).
REMBOURSEMENT : Toute demande de remboursement doit être envoyé avant le début du camp. Les documents d'annulation sont disponibles à la réception du Centre Père Sablon. Toute annulation entraînera des **frais administratifs de 10 %**. La carte de membre n'est pas remboursable.
DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE : De l'aide financière est disponible, consultez notre site web (www.centresablons.com) pour plus d'informations. La demande d'aide financière doit être approuvée avant toute inscription.

Signature du tuteur légal : _____ Date : _____

FICHE D'INSCRIPTION

Camp de jour - Été 2017

RÉFÉRENCES EN CAS D'URGENCE – AUTRES QUE LES TUTEURS (OBLIGATOIRE)

Prénom et nom	Lien avec l'enfant	Téléphone (Principale)	Téléphone (Secondaire)
1.			
2.			

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS ET MÉDICAUX

Votre enfant souffre-t-il de problème de :

Cœur Gorge Poumons Reins Dents Yeux Colonne Nez Oreilles Autres : _____

Détails : _____

Votre enfant a-t-il les maladies suivantes :

Asthme Diabète Autre, précisez : _____

Détails : _____

Autres particularités à nous signaler sur le plan médical (chirurgies, blessures graves, maladies chroniques, etc.)

Détails : _____

Votre enfant a-t-il reçu les vaccins suivants:

Tétanos (date : _____) Rougeole (date : _____)

Votre enfant a-t-il des allergies :

Piqures d'insectes Médicaments Allergies/intolérances alimentaires Autres : _____

A-t-il une dose d'adrénaline (Epipen) ? Oui Non

Précisez l'allergie et les détails de celle-ci (sévérité et symptômes) : _____

Votre enfant a-t-il reçu un diagnostic pour :

Hyperactivité TDA Phobie Autisme * TED* Déficience intellectuelle * Syndrome d'Asperger *

*Veuillez remplir le formulaire de demandes de renseignement supplémentaire afin que nous puissions accueillir votre enfant

Votre enfant présente-t-il des comportements émotionnels particuliers ?

OUI NON

Détails : _____

Votre enfant prend-t-il des médicaments* ?

OUI NON

Détails et posologie : _____

*Si votre enfant doit prendre des médicaments pendant les heures de camp de jour, veuillez l'indiquer lors de sa première journée de camp

AUTORISATION

SOINS INFIRMIERS : J'autorise la direction du camp à prodiguer tous les soins infirmiers nécessaires en cas de besoin, ainsi que le transport en ambulance. Si la direction ne peut me joindre ou joindre les personnes à contacter en cas d'urgence, j'autorise le médecin à prodiguer **TOUS** les soins médicaux requis.

ACTIVITÉS EXTÉRIEURES : J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités organisées par le camp, à l'intérieur et à l'extérieur, incluant les sorties en autobus scolaire ou de ville.

PHOTOS : J'autorise, à moins d'avis écrit contraire, le Centre Père Sablon à utiliser des photos et vidéos d'activités où mon enfant apparaît, dans un but promotionnel.

J'ai la responsabilité de transmettre au camp toute nouvelle information médicale survenue entre la date où la fiche a été remplie et la date d'arrivée de votre enfant au camp.

J'atteste que les informations ci-dessus sont véridiques et que je suis bien informé sur le mode de paiement et les conditions de remboursement. Je certifie avoir pris connaissance des autorisations ci-dessus.

Signature du tuteur légal : _____

Date : _____