



FICHE D'INSCRIPTION

Nom du père : _____ Rés.: _____ Bur.: _____ Cell.: _____

Nom de la mère : _____ Rés.: _____ Bur.: _____ Cell.: _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Reçu d'impôt au nom de : _____ Numéro d'assurance sociale : _____
(posté en février 2017, un seul reçu par famille) (obligatoire pour le bénéficiaire du reçu d'impôt, directive du Ministère du Revenu)

Courriel parental (obligatoire) : _____ @ _____

Très important : Indiquer avec précision (en lettres moulées) UNE SEULE adresse courriel qui sera utilisée pour l'envoi de votre confirmation d'inscription et des documents d'information.

FICHE DE L'ENFANT

- Ancien(ne) 2015
 Nouvelle inscription

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____ Âge : _____ Sexe : _____
(a/m/jr) (au 1^{er} juil. ou 30 sept. selon l'âge)

Âge minimum : 3 ans au 1^{er} juillet
 4 ans au 1^{er} juillet
 5-16 ans au 30 septembre



FICHE DE SANTÉ

Numéro d'assurance maladie (enfant) : _____

Personnes à rejoindre en cas d'urgence (autre que les parents)

Nom et prénom : _____ Lien avec l'enfant : _____

Téléphones : _____ / _____ / _____
Résidence Bureau Cellulaire

Nom et prénom : _____ Lien avec l'enfant : _____

Téléphones : _____ / _____ / _____
Résidence Bureau Cellulaire

Allergies : _____
 Votre enfant possède-t-il un système d'injection (Épipen, Twinject ou autre) Oui Non

Asthme : _____
 Votre enfant a-t-il besoin de médication (ex. : Inhalateur ou comprimés) ? Oui Non

Diabète : _____

Recommandations spéciales et autres indications :
 (ex. : TDAH, restrictions physiques, etc.)

Sécurité aquatique : Nage seul(e) Nage avec une veste de flottaison
 Les enfants doivent apporter leur matériel aquatique (ex. : flotteurs, etc.).

AUTORISATION LORS DU DÉPART DE L'ENFANT

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant.

1) Mère : _____

2) Père : _____

3) Autre : _____

Est-ce que votre enfant est autorisé à quitter seul ? Oui Non

AUTORISATION MÉDICALE

Je consens à ce que le personnel du Camp de jour Rive-Sud administre les médicaments que j'ai apportés. Le nom de mon enfant, le dosage ainsi que les heures auxquelles les médicaments doivent être administrés sont clairement indiqués.

J'autorise la direction du Camp de jour Rive-Sud à prodiguer à mon enfant tous les soins nécessaires. Je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement, dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire. De plus, en cas d'urgence ou s'il est impossible de nous rejoindre, j'autorise le médecin choisi par les autorités du camp à prodiguer à mon enfant tous les soins médicaux requis par son état, y compris la pratique d'une intervention chirurgicale, des injections, l'anesthésie, l'hospitalisation...

DATE	NUMÉRO ET NOM DU PROGRAMME	TRANSPORT (cochez s'il y lieu)	COÛT
Sem. du 27 juin		<input type="checkbox"/>	
Sem. du 4 juillet		<input type="checkbox"/>	
Sem. du 11 juillet		<input type="checkbox"/>	
Sem. du 18 juillet		<input type="checkbox"/>	
Sem. du 25 juillet		<input type="checkbox"/>	
Sem. du 1er août		<input type="checkbox"/>	
Sem. du 8 août		<input type="checkbox"/>	
Sem. du 15 août		<input type="checkbox"/>	

T-SHIRT DU CAMP 13 \$

	LARGEUR	LONGUEUR
ENFANT	S 16"	20"
	M 17"	22"
ADULTE	S 18"	28"
	M 20"	29"
	L 22"	30"
	XL 24"	31"

(Encerclez la largeur)

COÛT TOTAL DES CAMPS _____

+ T-Shirt (Facultatif) _____
Encerclez la largeur

+ Transport _____

+ Autre (déplacement, location de gîte, etc.) _____

- Rabais applicable _____

GRAND TOTAL

Site de transport
Choisir un seul site

Position au hockey _____

Niveau natation
Pour camp aquatique
 Dernier niveau complété

Complétez la fiche de l'enfant et identifiez clairement le numéro et le nom des programmes choisis pour chaque semaine.

Signature du parent : _____ Date : _____

J'ai pris connaissance de l'autorisation médicale, des modalités de paiement, de remboursement et des détails du camp (Voir page13).
 De plus, j'accepte que mon enfant soit photographié et que ces photos servent à des fins de promotion du camp.