



FORMULAIRE D'INSCRIPTION

RELÂCHE 2020

Nouveau campeur Ancien campeur

IDENTIFICATION DES PARENTS/TUTEURS LÉGAUX

Prénom et nom de la mère :		Prénom et nom du père :	
Adresse :		Adresse :	
Ville :		Ville :	
Code postal :		Code postal :	
Tél. maison :		Tél. maison :	
Tél. travail :	Tél. cell. :	Tél. travail :	Tél. cell. :
Courriel :		Courriel :	
Reçu d'impôt au nom de : Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/>		Numéro d'assurance sociale (OBLIGATOIRE pour reçu d'impôts) :	

IDENTIFICATION DE L'ENFANT

Prénom et nom de l'enfant :		Fille <input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/>	
Même adresse que : Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/>		Date de naissance (jj/mm/aaaa) :	

AUTRES INFORMATIONS

Autorisé à quitter seul : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Personnes autorisées à venir chercher l'enfant : Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Autres 1) _____ 2) _____ Mot de passe : _____	
Jumelage-ami(e) Si vous désirez que votre enfant soit dans le même groupe qu'un autre jeune, indiquez-le ici. Il est important que les deux enfants soient inscrits dans le même programme. Nom de l'ami(e) _____	

FICHE SANTÉ

Numéro d'assurance-maladie :
Date d'expiration (aaaa/mm) :
Vaccin antitétanique : Oui <input type="checkbox"/> (année) _____ Non <input type="checkbox"/>
Allergies : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Précisez : _____
Votre enfant possède-t-il un système d'injection d'adrénaline en cas d'urgence (Epipen, Twinject ...)? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Asthme : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Précisez : _____
Autres informations pertinentes sur la santé de votre enfant : (maladies, antécédents médicaux, caractéristiques particulières, ...) _____ _____ (utilisez une autre feuille au besoin)

Autorisations

- J'autorise le responsable à prendre les décisions qui s'imposent pour la santé et la sécurité de mon enfant. Ainsi, j'autorise la direction du Centre à agir en mon nom en cas d'urgence afin de fournir au participant les soins médicaux et/ou chirurgicaux requis par son état de santé.
Oui Non
- J'autorise le Centre Notre-Dame-de-Fatima à administrer toutes formes de médicaments sans prescription (médication en vente libre) – Acétaminophène (Tylenol) – Anti-émétique (Gravol) – Antibiotique en crème (Polysporin) – Autres (sirop contre la toux, etc.).
Oui Non
- J'autorise le Centre à utiliser les photographies et les entrevues du participant pour des fins de diffusion sur les brochures de l'organisme, à la télévision ou autres médias d'information.
Oui Non
- Le Centre n'assume pas la responsabilité des effets personnels perdus et des frais de médicaments. En cas de transport d'urgence vers un établissement de soins de santé, les frais devront être assumés par les parents.
- J'accepte les modalités de paiement, de remboursement et les informations ci-jointes et sur le site internet. www.mon-camp.ca

_____/_____
Signature du parent ou du tuteur / Date

Comment ai-je connu le Centre Notre-Dame-de-Fatima ?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Référence/Bouche à oreille
<input type="checkbox"/> Association des camps du QC
<input type="checkbox"/> Publicité dans les journaux
Précisez : _____ | <input type="checkbox"/> Dépliant
<input type="checkbox"/> Site Internet du Centre
<input type="checkbox"/> Répertoire d'activités, municipalité
<input type="checkbox"/> À l'école |
|---|--|

Autres personnes à contacter en cas d'urgence

(autre que les parents)

1- Prénom et nom :
Tél. : _____ Maison <input type="checkbox"/> Travail <input type="checkbox"/> Cell. <input type="checkbox"/>
Lien avec l'enfant :
2- Prénom et nom :
Tél. : _____ Maison <input type="checkbox"/> Travail <input type="checkbox"/> Cell. <input type="checkbox"/>
Lien avec l'enfant :

Réservé à l'administration



À L'ÉTAT naturel

2464, boul. Perrot, Notre-Dame-de-l'Île-Perrot, QC J7V 8P4 info@mon-camp.ca T 514 453-7600
MON-CAMP.CA

Relâche 2020 – Programmes	Prix	Date du camp 2 au 6 mars 2020	Total
Bouts de choux – <i>La princesse et ses boutchoux</i>	166 \$	<input type="checkbox"/> 4 à 5 ans	
Touche-à-Tout (à la semaine) <i>La fabuleuse histoire du pantin – le lion souverain - l'éléphant volant</i>	160 \$	<input type="checkbox"/> 6 à 14 ans	
Touche-à-Tout (à la journée) – <i>Les amis de Andy</i>	40 \$/jr	6 à 14 ans <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> L / M / M / J / V	
Arc-en-ciel – Accompagnement 1 :1 ou 1 :2 <i>Au pays de Peter</i>	495 \$ acc.1 :1 300 \$ acc. 1 :2	<i>Sur demande seulement Veuillez nous téléphoner</i>	
Service de garde à la journée	9 \$/jr	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> L / M / M / J / V	
Service de garde à la semaine	36 \$	<input type="checkbox"/>	
Repas à la journée	9 \$/jr	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> L / M / M / J / V	
Repas à la semaine	36 \$	<input type="checkbox"/>	
Transport à la journée – indiquer l'arrêt : _____	9 \$/jr	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> L / M / M / J / V	
Transport à la semaine – indiquer l'arrêt : _____	36 \$	<input type="checkbox"/>	

SOUS-TOTAL :	
Rabais pour les résidents de Notre-Dame-de-l'Île-Perrot : -55 \$ par semaine (-11\$ par jour)	
Rabais familial : 2^e enfant et les suivants : -12 \$ par semaine	
Rabais achat de 2 services optionnels à la semaine : -10 \$ par semaine	
TOTAL :	

Politique d'annulation et de modification	Modalités de paiement
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aucune date limite d'inscription, de modifications, ou d'ajouts. ✓ En cas d'annulation avant la prestation du service, des frais de gestion du dossier de 20 \$ par semaine, par campeur seront conservés. Après le début de la prestation du service, il n'y aura aucun remboursement. En cas de maladie ou d'accident, les journées perdues seront remboursées au prorata (billet du médecin obligatoire). 	<p>Pour plus d'un participant, additionner les totaux de chaque formulaire d'inscription et retourner les paiements avec ceux-ci.</p> <p style="text-align: center;">Centre Notre-Dame-de-Fatima 2464, boul. Perrot, Notre-Dame-de-l'Île-Perrot (Québec) J7V 8P4 Tél. : 514 453-7600 / Téléc. : 514 453-7601 / info@mon-camp.ca</p>

Paiement par carte de crédit	Paiement par chèque
<p><input type="checkbox"/> J'autorise le Centre à prélever la totalité du montant de l'inscription à la réception de ce formulaire</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">Titulaire de la carte</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">Numéro de la carte</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">Date d'expiration</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">Code de sécurité (obligatoire)</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">Signature du titulaire de la carte</p>	<p style="text-align: center;">Le chèque doit être à fait à l'Ordre de CNDF</p>



À L'ÉTAT naturel