



# FORMULAIRE D'INSCRIPTION PÉDAGOS PLEIN AIR

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. travail :
Tél. cell. :	Tél. cell. :
Courriel :	Courriel :

Reçu d'impôt au nom de : Mère  Père  No d'assurance sociale (Ministère du revenu pour obtenir le Relevé 24, obligatoire) :

## 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) :

## AUTORISATION LORS DU DÉPART DE L'ENFANT

Autorisé à quitter seul : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Mot de passe : _____
Personnes autorisées à venir chercher l'enfant :	
Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Autres 1) _____ 2) _____	

## FICHE SANTÉ

No 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"/> Asthme : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Autre, précisez : _____
Votre enfant possède-t-il un système d'injection d'adrénaline en cas d'urgence (Epipen, Allerject ...)? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

### Autre personne 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 : _____

## 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,...). **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**

Signature du parent ou du tuteur

Date

Comment avez-vous connu le Centre :

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

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

Cochez les cases appropriées et reportez les coûts dans la colonne TOTAL.

	PRIX	3 janvier 2019	4 janvier 2019	TOTAL
Pédago 3 janvier 2019	30\$	<input type="checkbox"/>		
Pédago 4 janvier 2019	30\$		<input type="checkbox"/>	
Service de garde à la journée	9\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Repas à la journée	9\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<b>GRAND TOTAL:</b>	

#### MODALITÉS DE PAIEMENT

Pour plus d'un participant, additionner les totaux de chaque formulaire d'inscription et retourner les paiements avec ceux-ci.

**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  
[www.mon-camp.ca](http://www.mon-camp.ca)

#### 1 : Paiement par carte de crédit

Visa /  Mastercard

J'autorise le Centre à prélever la totalité du montant d'inscription.

\_\_\_\_\_  
 Titulaire de la carte

No. : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Signature

Code sécurité (3 chiffres) :

/ Exp. :