

INFORMATIONS DE L'ENFANT		# Ludik: _____
NOM :	PRÉNOM :	
INFORMATIONS DU PAYEUR		
NOM DE PARENT PAYEUR (NOM, PRÉNOM)		NUMÉRO ASSURANCE SOCIALE
UN SEUL REÇU PAR PARENT PAYEUR		N.A.S. OBLIGATOIRE - DIRECTIVES DU MINISTÈRE REVENU
ADRESSE (PARENT PAYEUR) :		APP : VILLE :
CODE POSTAL :	ADRESSE COURRIEL :	
IMPORTANT! LE COURRIEL SERVIRA POUR L'ENVOI DE VOTRE CONFIRMATION, ÉTAT DE COMPTE ET INFORMATIONS IMPORTANTES.		
NIVEAU		
<input type="checkbox"/> NIVEAU A: RATIO - 1 STAFF POUR 3 À 4 ENFANTS		<input type="checkbox"/> NIVEAU B: RATIO - 1 STAFF POUR 2 ENFANTS
SÉLECTION (INCLUS PIZZA LE VENDREDI)		
DATE	COÛT	TOTAL
<input type="checkbox"/> 1 - SEM. DU 28 JUIN	<input type="checkbox"/> 280\$	\$
<input type="checkbox"/> 2 - SEM. DU 5 JUILLET	<input type="checkbox"/> 280\$	\$
<input type="checkbox"/> 3 - SEM. DU 12 JUILLET	<input type="checkbox"/> 280\$	\$
<input type="checkbox"/> 4 - SEM. DU 19 JUILLET	<input type="checkbox"/> 280\$	\$
<input type="checkbox"/> 5 - SEM. DU 26 JUILLET	<input type="checkbox"/> 280\$	\$
<input type="checkbox"/> 6 - SEM. DU 2 AOÛT	<input type="checkbox"/> 280\$	\$
<input type="checkbox"/> 7 - SEM. DU 9 AOÛT	<input type="checkbox"/> 280\$	\$
<input type="checkbox"/> 8 - SEM. DU 16 AOÛT	<input type="checkbox"/> 280\$	\$
<input type="checkbox"/> 9 - SEM. DU 23 AOÛT	<input type="checkbox"/> 280\$	\$
Frais de membre annuels de 19.50\$ si applicable		+ \$
Une place sera réservée une fois les frais administratifs non-remboursables de 50\$/semaine sont reçus.		TOTAL \$

Politique de remboursement et annulation: Des frais administratifs de 50\$ seront appliqués avec toute annulation après le 1^{er} juin. Après cette date, des frais de 50\$ seront chargés par semaine. Une fois la semaine commencée, les remboursements ne seront pas considérés à moins qu'un certificat médical soit fourni. Si le remboursement a été approuvé, les frais de 50 \$ seront déduits et le remboursement sera calculé au prorata du nombre de jours que votre enfant était présent semaine. L'absence du camp de jour ne constitue pas un retrait du programme. Les annulations ou les modifications sont acceptées par courriel seulement. Vous devez remplir et remplir un formulaire d'annulation afin que votre demande soit traitée. Les annulations ou modifications ne seront acceptées qu'avec un préavis de 7 jours avant le début de la semaine du camp.

Centre du Sablon se réserve le droit de demander les campeurs de ne pas retourner au camp. Tous les campeurs doivent respecter les règles du camp et du groupe. Le comportement irrespectueux, un langage grossier ou blessant, la violence et l'intimidation ne seront pas tolérés.

JE CONFIRME AVOIR LU, COMPRIS ET ACCEPTÉ LA POLITIQUE CI-DESSUS. VEUILLEZ CONSERVER UNE COPIE POUR VOS DOSSIERS.

SIGNATURE DU PARENT

DATE



INFORMATIONS DU CAMPEUR

PHOTO DU
CAMPEUR

Ludik: _____

NOM :		PRÉNOM :	
DATE NAISS.: AAAA/MM/JJ	SEXE: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	# ASS MALADIE :	EXP: AAAA/MM
INFORMATIONS SUR LA FAMILLE			
NOM DES PARENTS (NOM, PRÉNOM)	TÉL.#1	TÉL.#2	AUTORISATION DE CHERCHER L'ENFANT
1:			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
2:			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
AUTRES PERSONNES CONTACTS			
NOM, PRÉNOM	LIEN D'ENFANT	# TÉL.	AUTORISATION DE CHERCHER L'ENFANT
1.			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
2.			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
3.			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
INFORMATIONS MÉDICALES			
ALLERGIES :		MÉDICAMENTS :	
EPIPEN : <input type="checkbox"/>	AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES :		
DÉFICIENCE SÉVÈRE? : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		SI OUI, DIAGNOSTIC:	
INFORMATIONS AQUATIQUES			
<input type="checkbox"/> SAIT NAGER	<input type="checkbox"/> NE SAIT PAS NAGER	<input type="checkbox"/> AVEC FLOTTEUR	<input type="checkbox"/> AVEC GILET DE SAUVETAGE
CONSENTEMENT			
Application de la crème solaire par moniteur			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
D'être pris en photo pour la promotion sur les médias sociaux			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
D'être pris en photo ou filmer (usage interne)			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
En cas d'urgences, prendre les mesures nécessaires pour assurer la santé de mon enfant incluant l'application de l'EPIPEN, au besoin			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

SIGNATURE DU PARENT

DATE