

Information du participant				
Prénom			Nom de famille	
Langue <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> English	Date de naissance (aa/mm/jj)	Âge	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Numéro d'assurance maladie
				Date d'expiration de la carte
Adresse			App.	Ville
			Téléphone – Résidence ()	
			Code postal	

Information sur les parents : premier répondant		Information sur les parents : deuxième répondant	
Nom et prénom :		Nom et prénom	
# ass. sociale (pour crédit d'impôt) :		# ass. sociale (pour crédit d'impôt) :	
Adresse complète (si différente de l'enfant):		Adresse complète (si différente):	
Téléphone - Résidence : ()	Cellulaire : ()	Téléphone - Résidence : ()	Cellulaire : ()
Téléphone - Travail : ()	Ext : ()	Téléphone - Travail : ()	Ext : ()
Courriel :		Courriel :	
Crédit d'impôt : <input type="checkbox"/> 100% au premier répondant <input type="checkbox"/> 50% - 50% <input type="checkbox"/> 100% au deuxième répondant			
1 ^{er} contact en cas d'urgence (si les parents ne peuvent être rejoints)		2 ^{ième} contact en cas d'urgence (si les parents ne peuvent être rejoints)	
Nom et prénom :	Relation :	Nom et prénom :	Relation :
Téléphone : ()		Téléphone : ()	

SANTÉ / MÉDICAMENT (section à compléter)

Votre enfant souffre-t-il d'une condition médicale dont nous devrions être avisés : (asthme, diabète, etc.) **Oui** **Non**

Précisez : _____

Votre enfant prend-il des médicaments quotidiennement? **Oui** **Non**

Précisez : (Nom du médicament, posologie et effet) _____

Votre enfant souffre-t-il d'allergies? **Oui** **Non** Quel type? _____ Dernière crise : aa / mm _____

Gravité : _____

A-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Épipen, Twinject, Ana-kit) fonctionnelle? **Oui** **Non** n/a

Si oui, autorisez-vous le personnel du camp de jour à administrer la dose d'adrénaline? **Oui** **Non** n/a

J'autorise le personnel du camp de jour à administrer et aider à la prise de médicaments de mon enfant. **Oui** **Non** n/a

Autres particularités à nous signaler sur le caractère ou le comportement de votre enfant? **Oui** **Non**

Précisez : _____

J'autorise le personnel du camp de jour à prodiguer à mon enfant 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. **Je certifie que toutes les informations fournies sur cette fiche sont exactes et que j'ai bien pris connaissance des autorisations ci-dessus.** **Initiales :** _____

J'autorise la Ville à prendre et utiliser des photos de mon enfant à des fins promotionnelles.

Oui Non

J'ai pris connaissance des conditions et des modalités de remboursement et je les accepte.


Signature du parent : _____ Date : _____

LE PROGRAMME ASPIRANT MONITEUR (PAM) 14-15 ans

Camps de jour – Formulaire 2020 – **Inscription en personne seulement**

Prénom du participant

Nom du participant

CAMP (PAM) Sorties incluses Forfait 2 semaines		Tarif RÉSIDENTS	Tarif NON RÉSIDENTS		TOTAL Du Forfait
COCHEZ La sélection	SEMAINES				
	Sem.3 & Sem.4	185 \$	225 \$		
	Sem.5 & Sem.6	185 \$	225 \$		

ENCERCLEZ LA SÉLECTION

CHANDAIL DU CAMP Inclus dans le forfait	Adulte : Gr. Small	Adulte : Gr. Moyen	Adulte : Gr. Large	INCLUS Sans frais		
CHANDAIL DU CAMP – EXTRA, SI DÉSIRÉ	Adulte : Gr. Small	Adulte : Gr. Moyen	Adulte : Gr. Large	Quantité :	X 12 \$	

**GRAND
TOTAL**

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

Mode de paiement : chèque carte Débit carte Visa carte MasterCard

1^{er} Chèque à l'inscription (300 \$ et moins): Date _____ Montant : _____

1^{er} Chèque postdaté (300 \$ à 599 \$): Date du 30 avril 2020, Montant : _____

2^e Chèque postdaté (600 \$ à 899 \$) : Date du 21 mai 2020, Montant : _____

3^e Chèque postdaté (900 \$ +): Date du 18 juin 2020, Montant : _____

1^{er} enfant : nom _____ Montant : _____

2^e enfant : nom _____ Montant : _____

3^e enfant : nom _____ Montant : _____

**Grand total de la
Famille :**

NOTE POUR L'ADMINISTRATION;