

FICHE D'INSCRIPTION - CAMPS DE JOUR 2019

PARTICIPANT	
Nom :	Prénom :
Date de naissance : année mois jour Âge:	# carte citoyen ou voisin : 0000100
Adresse :	Téléphone :
Ville :	Code postal :
N° Ass. maladie :	Expiration :
Adresse courriel du parent : _____	
À NOTER QUE PLUSIEURS INFORMATIONS IMPORTANTES CIRCULERONT PAR COURRIEL.	
En inscrivant votre adresse courriel, vous autorisez la Ville de Sainte-Catherine et ses sous-traitants à vous contacter concernant le programme des camps de jour.	
RELEVÉ 24 ATTENTION ! LA PERSONNE QUI RÉCLAME LE RELEVÉ 24 DOIT ÊTRE CELLE QUI A PAYÉ L'INSCRIPTION.	
Nom et prénom du payeur :	Numéro d'assurance sociale du payeur :
Adresse (Si différente de celle de l'enfant) :	Date de naissance : Année mois jour
Ville :	Code postal :
<input type="checkbox"/> Je refuse de divulguer mon numéro d'assurance sociale. Je comprends que je ne recevrai pas de relevé 24.	
_____ Signature	

Veillez mettre un X dans les cases correspondant à votre choix de camp. Les cases en gris ne sont pas disponibles.

CAMPS DE JOUR	TARIFS PAR SEMAINE				SEM. 1 25 au 28 juin 4 jours*	SEM. 2 2 au 5 juillet 4 jours*	SEM. 3 8 au 12 juillet	SEM. 4 15 au 19 juillet	SEM. 5 22 au 26 juillet	SEM. 6 29 juillet au 2 août	SEM. 7 5 au 9 août	SEM. 8 12 au 16 août
	1 ^{er} enfant	2 ^e enfant	3 ^e enfant	Non-résident								
Bougeotte (6-9)	*46,50 \$	*39,53 \$	*34,88 \$	*65,60\$								
Full Action (10-12)	59 \$	50,15 \$	44,25 \$	82 \$								
Sorties	34 \$	34 \$	34 \$	34 \$								
Service de garde	*22,50 \$ 27,50 \$	*22,50 \$ 27,50 \$	*22,50 \$ 27,50 \$	*22,50 \$ 27,50 \$								
Aspirant-moniteur (13-15)	326,50 \$	326,50 \$	326,50 \$	326,50 \$								
Cuisine (8-12)	131 \$	131 \$	131 \$	131 \$								
Explora-sport (6-8)	131 \$	131 \$	131 \$	131 \$								
Explora-sport (8-12)	131 \$	131 \$	131 \$	131 \$								
Hip-hop	*106 \$	*106 \$	*106 \$	*106 \$								
LEGO®	131 \$	131 \$	131 \$	131 \$								
Magie	131 \$	131 \$	131 \$	131 \$								
Mimo-clip	131 \$	131 \$	131 \$	131 \$								
Petit génie (6-8)	*106 \$	*106 \$	*106 \$	*106 \$								
Sciences naturelles	131 \$	131 \$	131 \$	131 \$								
Scapbooking (6-8)	*106 \$	*106 \$	*106 \$	*106 \$								
Soccer	131 \$	131 \$	131 \$	131 \$								
Tag à l'arc (8-12)	*106 \$	*106 \$	*106 \$	*106 \$								
Tennis (8-12)	131 \$	131 \$	131 \$	131 \$								
Trotinette	131 \$	131 \$	131 \$	131 \$								

SEMAINE 9 19 au 23 août	TARIFS À LA SEMAINE		TARIFS À LA JOURNÉE		SEMAINE COMPLÈTE	LUNDI 19 AOÛT	MARDI 20 AOÛT	MERCREDI 21 AOÛT	JEUDI 22 AOÛT	VENDREDI 23 AOÛT
	Résident	Non-résident	Résident	Non-résident		Funtropolis	Ferme Guyon	Héritage Saint-Bernard	Théâtre de la Dame de Coeur	Oasis Surf
Semaine des voyageurs	252,50 \$	252,50 \$	51,50 \$	51,50 \$						
Service de garde	27,50 \$	27,50\$	6,50 \$	6,50 \$						

ÉCHÉANCE DES VERSEMENTS - MONTANT FAMILIAL DE 250 \$ ET PLUS, (INSCRIPTION PAPIER SEULEMENT) :		
VERSEMENT	DATE DE VOTRE CHÈQUE	TOTAL DU CHÈQUE
50 % du total	En date du jour de l'inscription	
25 % du total	15 mai 2019	
25 % du total	10 juin 2019	
Si le montant est inférieur à 250 \$: 100 %	En date du jour de l'inscription	

Pour un paiement en argent comptant ou par débit, vous devez vous présenter à l'accueil du Service sports, culture, loisirs et vie communautaire.

J'ai pris connaissance des politiques d'inscription, de transfert et de remboursement.

CHANDAIL (COCHER LA GRANDEUR DÉSIRÉE)				
ENFANT	<input type="checkbox"/> petit (5-7 ans)	<input type="checkbox"/> moyen (7-10 ans)	<input type="checkbox"/> grand (10-13 ans)	
ADULTE	<input type="checkbox"/> petit (10-13 ans)	<input type="checkbox"/> moyen	<input type="checkbox"/> grand	<input type="checkbox"/> très grand

L'ENFANT VIT-IL AVEC : ses parents sa mère son père autre : _____

DÉPART DE L'ENFANT : À la fin de chaque journée, l'enfant quittera le site : par lui-même

Toute personne, incluant les parents. N'oubliez pas! Une preuve d'identité avec photo sera exigée chaque jour.

NOM	LIEN	TÉLÉPHONE
1.		
2.		
3.		
4.		

Tout changement à cette liste doit être fait le plus rapidement possible à l'accueil du Service sports, culture, loisirs et vie communautaire au 450 632-0590, poste 5210.

Y a-t-il un jugement de cour concernant la garde de votre enfant : Oui Non

PERSONNES À JOINDRE EN CAS D'URGENCE	
Nom d'un des parents ou tuteurs :	
Tél. résidence :	Tél. bureau :
Adulte autre que le père ou la mère :	
Tél. résidence :	Tél. bureau :
Lien avec la famille : <input type="checkbox"/> ami <input type="checkbox"/> voisin <input type="checkbox"/> autre membre de la famille (préciser) :	

VOTRE ENFANT SOUFFRE-T-IL (ELLE) ?			
	NON	OUI	PRÉCISIONS (TRAITEMENTS À ADMINISTRER, FRÉQUENCE, ETC.)
Allergies			
Si votre enfant souffre d'allergies, a-t-il un auto-injecteur?			
Asthme			
Diabète			
Épilepsie			
Troubles cardiaques			
Autres			
Le participant prend-il des médicaments?			

VEUILLEZ PRENDRE NOTE QUE LA VILLE DE SAINTE-CATHERINE ET SES SOUS-TRAITANTS N'ADMINISTRENT PAS DE MÉDICAMENTS.

Besoins particuliers de votre enfant qui nécessitent une attention spécifique, y compris les troubles de l'attention ou de comportement (TDA, TDAH) :

Activités contre-indiquées | Énumérez toutes les activités auxquelles l'enfant ne peut participer :

Est-ce que votre enfant sait nager en eau profonde ?

Oui Non

Doit-il porter une veste de flottaison (VFI) quand il va à la piscine ?

Oui Non

Au meilleur de notre connaissance, notre enfant est en bonne santé et n'a été exposé à aucune maladie contagieuse au cours des quatre (4) dernières semaines. S'il le devient entre aujourd'hui et la période du camp auquel il est inscrit, nous nous engageons à en prévenir les responsables.

AUTORISATION DES PARENTS

En signant la présente, j'autorise la Ville de Sainte-Catherine et/ou toute personne autorisée par la Ville à prodiguer tous les soins infirmiers nécessaires. J'autorise également la Ville de Sainte-Catherine à transporter mon enfant, par ambulance ou autrement, dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire si elle le juge nécessaire. De plus, s'il est impossible de nous joindre, j'autorise le médecin choisi par la Ville de Sainte-Catherine 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 et l'hospitalisation.

Signature du parent ou du tuteur

Date (aa/mm/jj)