



Centre d'amusement familial

# FORMULAIRE D'INSCRIPTION RELÂCHE 2010

ÉCRIRE EN CARACTÈRE D'IMPRIMERIE, REMPLIR UN FORMULAIRE PAR ENFANT

IDENTIFICATION : VOTRE ENFANT ÉTAIT-IL INSCRIT L'AN PASSÉ ? OUI \_\_\_\_\_ NON \_\_\_\_\_

NOM DE L'ENFANT : \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

No. ASS. MAL. \_\_\_\_\_ EXP \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE \_\_\_\_\_ ANNÉE \_\_\_\_\_ MOIS \_\_\_\_\_ JOUR \_\_\_\_\_ ÂGE : \_\_\_\_\_ SEXE : M \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_ VILLE \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

NOM DU PÈRE : \_\_\_\_\_ Tél : rés. (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Tél : bureau (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

NOM DE LA MÈRE : \_\_\_\_\_ Tél : rés. (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Tél : bureau (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

EST-CE QUE LES 2 PARENTS SONT AUTORISÉS À REPRENDRE L'ENFANT : OUI  SI NON  \ LEQUEL : \_\_\_\_\_

### AUTRE PERSONNE À REJOINDRE EN CAS D'URGENCE

NOM : \_\_\_\_\_ TÉL : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ LIEN DE PARENTÉ \_\_\_\_\_

### REMARQUES PARTICULIÈRES :

SANTÉ : \_\_\_\_\_ ALLERGIES \_\_\_\_\_

DOIT-IL PRENDRE DES MÉDICAMENTS ? (SI OUI LESQUELS) \_\_\_\_\_

A-T-IL DES PROBLÈMES DE COMPORTEMENT ? (SI OUI LESQUELS) \_\_\_\_\_

REÇU D'IMPÔT ÉMIS AU NOM DE : \_\_\_\_\_ NO. ASS. SOCIALE \_\_\_\_\_

## Réservé à l'administration

|                     | 5 à 7 ans | 8 à 12 ans | Garderie | Repas traiteur | Montant payé |
|---------------------|-----------|------------|----------|----------------|--------------|
| Lundi le 1 mars     |           |            |          |                |              |
| Mardi le 2 mars     |           |            |          |                |              |
| Mercredi le 3 mars  |           |            |          |                |              |
| Jeudi le 4 mars     |           |            |          |                |              |
| Vendredi le 5 mars  |           |            |          |                |              |
| Total de la semaine |           |            |          |                |              |

Paiement total : \_\_\_\_\_ Nombre de jours total : \_\_\_\_\_

Mode de paiement : Interac  Comptant  Chèque  # \_\_\_\_\_

**Autorisation médicale :** le responsable du camp me fera part de toutes décisions quant aux soins médicaux prodigués à mon enfant afin d'obtenir mon accord. S'il est impossible pour le responsable du camp de me rejoindre, je l'autorise à intervenir en mon nom. De plus, en cas d'urgence, j'autorise un médecin traitant à effectuer tous traitements incluant une anesthésie, une opération, une hospitalisation ou autres dans le but de soigner mon enfant. Parents ou tuteurs

**Signature du parent ou tuteur**

\_\_\_\_\_