



## INSCRIPTION CAMP SCIENTIFIQUE 2020

RENSEIGNEMENTS SUR L'ENFANT					
Nom de l'enfant :		Prénom :			
Tél. :		Date de naiss. :		AA / MM / JJ	
Adresse complète :					
Adresse courriel :					
<b>RELEVÉ 24</b> * Attention la personne qui réclame le relevé 24 doit être celle qui paye l'inscription.					
Nom :		Prénom :			
Numéro d'assurance social :					
Adresse complète (si différente) :					
* Je refuse de divulguer mon numéro d'assurance social. Je comprends que je ne recevrai pas de relevé 24. SIGNATURE : _____					
THÉMATIQUES					
Semaine A	Mission spatiale	Semaine B	Splash science	Semaine C	Éco explore
22 au 29 juin		29 juin au 3 juillet		20 au 24 juillet	
6 au 10 juillet		13 au 17 juillet		10 au 14 août	
27 au 31 juillet		3 au 7 août			
TARIFS					
110\$/semaine si l'inscription est reçue avant le 1 <sup>er</sup> juin					
120\$/semaine pour les inscriptions reçues après le 1 <sup>er</sup> juin					
Rabais de 10\$ par semaine pour le 2 <sup>e</sup> enfant d'une même famille					
<b>MONTANT TOTAL :</b>					
<b>MONTANT DU DÉPÔT *:</b>					
<b>SOLDE :</b> (à payer au plus tard le 1 <sup>er</sup> jour du camp)					

\* Notez qu'un dépôt de 10\$ par semaine sera exigé afin de confirmer l'inscription de votre enfant.

\*\*\* Nous offrirons **plusieurs jeux d'eau et une sortie à la piscine municipale**. Votre enfant devra avoir un maillot de bain et une serviette dans son sac à dos chaque jour. \*\*\*

SIGNATURE DU PARENT : \_\_\_\_\_

DATE : \_\_\_\_\_



# FICHE MÉDICALE DE L'ENFANT

RENSEIGNEMENTS SUR L'ENFANT			
Nom de l'enfant :		Sexe :	M F
# ass. maladie		Exp.	
Nom de la mère :		Tél. 1 :	
Adresse :		Tél. 2 :	
Nom du père :		Tél. 1 :	
Adresse (si différente) :		Tél. 2 :	
PERSONNE AUTRE QUE LES PARENTS À CONTACTER EN CAS D'URGENCE			
1 <sup>ère</sup> personne à contacter :		Tél. :	
Adresse :			
2 <sup>e</sup> personne à contacter :		Tél. :	
Adresse :			
CONSENTEMENT			
Je consens à ce que mon enfant apparaisse sur les photos que les moniteurs prendront lors des activités. Certaines photos pourront être diffusées sur nos publicités, notre site web ou nos réseaux sociaux.	OUI	NON	
Je consens à ce que mon enfant participe à des activités situées à l'extérieur du site habituel du camp. Exemple : sortie à la piscine, pique-nique dans un parc, etc.	OUI	NON	
Votre enfant peut-il nager en eau profonde plusieurs minutes sans veste de flottaison? (Au besoin, votre enfant peut apporter ses propres flotteurs, sinon une veste lui sera prêté gratuitement.)	OUI	NON	
Je consens à ce que mon enfant prenne l'ambulance pour se rendre à l'hôpital si un accident grave devait survenir.	OUI	NON	
RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX			
Allergies :	OUI	NON	Si oui, l'enfant possède-t-il un Épipen?
Asthme :	OUI	NON	Si oui, l'enfant possède-t-il une pompe?
Autres* (précisez):	OUI	NON	

\* Besoins particuliers de votre enfant qui nécessitent une attention spécifique, soit une maladie, un handicap physique, intellectuel ou neurologique, ainsi que les troubles de l'attention ou de comportement. Décrivez les interventions à privilégier au besoin.

SIGNATURE DU PARENT : \_\_\_\_\_

DATE : \_\_\_\_\_