



INSCRIPTION CAMP SCIENTIFIQUE 2018

RENSEIGNEMENTS SUR L'ENFANT					
Nom :	<input type="text"/>			Prénom :	<input type="text"/>
Tél. :	<input type="text"/>	Cell. :	<input type="text"/>	Date de naiss. :	<input type="text"/> [AA / MM / JJ]
Adresse complète :		<input type="text"/>			
RELEVÉ 24 * Attention la personne qui réclame le relevé 24 doit être celle qui paye l'inscription.					
Nom :	<input type="text"/>			Prénom :	<input type="text"/>
Numéro d'assurance social :		<input type="text"/>			
Adresse complète (si différente de celle de l'enfant) :			<input type="text"/>		
* Je refuse de divulguer mon numéro d'assurance social. Je comprends que je ne recevrai pas de relevé 24. SIGNATURE : _____					
THÉMATIQUES					
Semaine A	Structures à la tonne!	100\$/enfant avant le 1 ^{er} juin	110\$/enfant à partir du 1 ^{er} juin		
25 au 29 juin :		<input type="text"/>	9 au 13 juillet :	<input type="text"/>	23 au 27 juillet : <input type="text"/>
Semaine B	Mille et une écosciences!	100\$/enfant avant le 1 ^{er} juin	110\$/enfant à partir du 1 ^{er} juin		
2 au 6 juillet :		<input type="text"/>	16 au 20 juillet :	<input type="text"/>	30 juillet au 3 août : <input type="text"/>
MONTANT TOTAL * :					<input type="text"/>

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

CONSENTEMENT	
Je consens à ce que mon enfant apparaisse sur les photos que les moniteurs et monitrices prendront lors des activités. Certaines de ces photos pourront être diffusées sur nos pubs, notre site web ou notre page Facebook.	OUI [] NON []
Je consens à ce que mon enfant participe à des activités situées à l'extérieur du site habituel du camp	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 []

SIGNATURE DU PARENT : _____

DATE : [_____]

FICHE MÉDICALE DE L'ENFANT

RENSEIGNEMENTS SUR L'ENFANT			
Nom de l'enfant :	[]	Sexe :	M [] F []
# ass.maladie	[]	Exp.	[]
Nom parent 1 :	[]	Tél. :	[]
Adresse :	[]		
Nom parent 2 :	[]	Tél. :	[]
Adresse (si différente):	[]		
PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE			
1 ^{ère} personne à contacter :	[]	Tél. :	[]
Adresse :	[]		
2 ^e personne à contacter :	[]	Tél. :	[]
Adresse :	[]		
RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX – Votre enfant souffre-t-il?			
Allergies* :	[]		
Asthme :	[]		
Diabète :	[]		
Épilepsie :	[]		
Autres :	[]		
Besoins particuliers** :	[]		

* Si oui, l'enfant possède-t-il un auto-injecteur (Épipen)?

** Besoins particuliers de votre enfant qui nécessitent une attention spécifique, soit un handicap physique, intellectuel ou neurologique, ainsi que les troubles de l'attention ou de comportement.

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

OUI [] NON []

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

OUI [] NON []

** Il est possible qu'un atelier scientifique soit donné à la piscine municipale de Richelieu. Vous devrez apporter maillot de bain et serviette pour votre enfant. Vous serez informé en temps et lieu de la journée. **

SIGNATURE DU PARENT : _____

DATE : [_____]