



FICHE D'INSCRIPTION ET DE SANTÉ

Camps de jour réservés exclusivement aux résidents de Varennes.

Si vous avez de la difficulté à inscrire votre enfant, veuillez appeler au 450 652-9888 poste 3114.

PARTICIPANT			N° de Carte loisirs (obligatoire)	
Nom		Prénom		Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Date de naissance	JOUR	MOIS	ANNÉE	
Adresse principale			Code postal	
Tél. résidence		Tél. cellulaire		Tél. bureau
Courriel		No ass. maladie		Expiration

T-SHIRT GRATUIT

Très petit (3-5) Petit (6-8) Moyen (10-12) Grand (14-16)

Pour l'inscription d'un participant de 17 ans et moins, veuillez indiquer les coordonnées des parents dans la section ci-dessous.

MÈRE			N° de Carte loisirs	
Nom		Prénom		
Adresse du parent si différente de l'enfant				Code postal
Date de naissance	JOUR	MOIS	ANNÉE	Courriel
Tél. résidence		Tél. cellulaire		Tél. bureau

PÈRE			N° de Carte loisirs	
Nom		Prénom		
Adresse du parent si différente de l'enfant				Code postal
Date de naissance	JOUR	MOIS	ANNÉE	Courriel
Tél. résidence		Tél. cellulaire		Tél. bureau

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX DU PARTICIPANT

- Le participant souffre-t-il de maladies ou troubles particuliers (asthme, diabète, etc.)? Oui Non
Précisez _____
Si oui, un diagnostic a-t-il été établi par un professionnel de la santé? Oui Non
- Le participant prend-il des médicaments? Oui Non
Précisez _____
- Le participant a-t-il une dose d'adrénaline (Epipen) en raison d'allergies? Oui Non
Précisez les allergies _____
- Le participant a-t-il besoin d'un encadrement spécifique (au camp de jour, à l'école ou autre) relié à son état de santé ou à son trouble ou son comportement observé?
 Oui Non Précisez : _____
Si oui, possède-t-il la carte d'accompagnement loisir (CAL) émise par l'Association québécoise pour le loisir des personnes handicapées (AQLPH)?
 Oui Non
- Votre enfant doit-il porter une veste ou un ballon de flottaison lorsqu'il va à la piscine? (Camp de jour) Oui Non
- EN CAS D'URGENCE (2 PERSONNES AUTRES QUE LES PARENTS) :**
Nom de la personne à joindre _____ Lien avec le participant _____
Tél. résidence _____ Tél. cellulaire _____ Tél. bureau _____
Nom de la personne à joindre _____ Lien avec le participant : _____
Tél. résidence _____ Tél. cellulaire _____ Tél. bureau _____
- Le matin et à la fin de la journée, votre enfant se rend-il seul au camp et à la maison : Oui Non
Mot de passe obligatoire. Veuillez spécifier : _____
Vous devrez mentionner ce mot de passe chaque fois que vous irez chercher votre enfant au camp de jour.

Veuillez S.V.P. procéder au paiement afin de conclure votre inscription. (Page 1 de 2)





FICHE D'INSCRIPTION ET DE SANTÉ (suite)

NOM DU PARTICIPANT

INFORMATIONS OBLIGATOIRES pour les camps de jour (information confidentielle)

Veillez indiquer le nom de la personne qui réclame les frais de garde sur la déclaration fiscale (**Relevé 24**)

Si les deux parents réclament les frais de garde, veuillez indiquer le nom, l'adresse courriel et le pourcentage réclamé pour chacun d'entre eux

NOM DE LA MÈRE	N.A.S.	%
NOM DU PÈRE	N.A.S.	%

Un courriel vous sera acheminé vous avisant que le relevé 24 est disponible..

CAMPS DE JOUR

SEMAINE 1 • 28 juin au 2 juillet <table border="1"> <thead> <tr> <th>Code</th> <th>Coût</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td></td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td>\$</td> </tr> </tbody> </table>	Code	Coût		\$		\$	TOTAL	\$	SEMAINE 2 • 5 au 9 juillet <table border="1"> <thead> <tr> <th>Code</th> <th>Coût</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td></td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td>\$</td> </tr> </tbody> </table>	Code	Coût		\$		\$	TOTAL	\$	SEMAINE 3 • 12 au 16 juillet <table border="1"> <thead> <tr> <th>Code</th> <th>Coût</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td></td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td>\$</td> </tr> </tbody> </table>	Code	Coût		\$		\$	TOTAL	\$	Total des semaines 1, 2 et 3 Chèque en date du jour de l'inscription SOMME TOTALE <input type="text"/>						
Code	Coût																																
	\$																																
	\$																																
TOTAL	\$																																
Code	Coût																																
	\$																																
	\$																																
TOTAL	\$																																
Code	Coût																																
	\$																																
	\$																																
TOTAL	\$																																
SEMAINE 4 • 19 au 23 juillet <table border="1"> <thead> <tr> <th>Code</th> <th>Coût</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td></td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td>\$</td> </tr> </tbody> </table>	Code	Coût		\$		\$	TOTAL	\$	SEMAINE 5 • 26 au 30 juillet <table border="1"> <thead> <tr> <th>Code</th> <th>Coût</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td></td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td>\$</td> </tr> </tbody> </table>	Code	Coût		\$		\$	TOTAL	\$	SEMAINE 6 • 2 au 6 août <table border="1"> <thead> <tr> <th>Code</th> <th>Coût</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td></td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td>\$</td> </tr> </tbody> </table>	Code	Coût		\$		\$	TOTAL	\$	Total des semaines 4, 5 et 6 Chèque en date du 2 juillet SOMME TOTALE <input type="text"/>						
Code	Coût																																
	\$																																
	\$																																
TOTAL	\$																																
Code	Coût																																
	\$																																
	\$																																
TOTAL	\$																																
Code	Coût																																
	\$																																
	\$																																
TOTAL	\$																																
SEMAINE 7 • 9 au 13 août <table border="1"> <thead> <tr> <th>Code</th> <th>Coût</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td></td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td>\$</td> </tr> </tbody> </table>	Code	Coût		\$		\$	TOTAL	\$	SEMAINE 8 • 16 au 20 août <table border="1"> <thead> <tr> <th>Code</th> <th>Coût</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td></td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td>\$</td> </tr> </tbody> </table>	Code	Coût		\$		\$	TOTAL	\$	SEMAINE 9 • Camps spécialisés 23 au 27 août <table border="1"> <thead> <tr> <th>Code</th> <th>Coût</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td></td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td></td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td></td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td></td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td>\$</td> </tr> </tbody> </table>	Code	Coût		\$		\$		\$		\$		\$	TOTAL	\$	Total des semaines 7, 8 et 9 Chèque en date du 23 juillet SOMME TOTALE <input type="text"/>
Code	Coût																																
	\$																																
	\$																																
TOTAL	\$																																
Code	Coût																																
	\$																																
	\$																																
TOTAL	\$																																
Code	Coût																																
	\$																																
	\$																																
	\$																																
	\$																																
	\$																																
TOTAL	\$																																

J'autorise la Ville de Varennes à utiliser les photos et les vidéos de mon enfant pris dans le cadre des camps de jour.

AUTORISATION DES PARENTS

En signant la présente, je déclare que tous les renseignements qui y sont contenus sont vrais et je m'engage à informer la Ville de Varennes de tout changement à ce sujet. La Ville de Varennes ne pourra être tenue responsable de tout événement pouvant survenir et pour lequel elle n'avait pas reçu les informations nécessaires.

Je comprends et j'accepte que si mon enfant ne respecte pas les règles ou que son comportement peut porter atteinte à sa sécurité ou celle des autres participants, ce dernier pourra faire l'objet de mesures disciplinaires, incluant son renvoi.

De plus, j'autorise expressément la Ville de Varennes, de même que ses employés, mandataires ou représentants à prodiguer immédiatement et sans avis tous les soins

médicaux nécessaires en cas d'urgence. J'autorise également la Ville de Varennes, de même que ses employés, mandataires ou représentants à transporter mon enfant par ambulance ou autrement, dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire si elle le juge nécessaire.

Finalement, je confirme avoir lu tous les renseignements sur les procédures d'inscription et sur la politique de remboursement du bulletin aux citoyens À Propos de Varennes et je comprends qu'aucun remboursement ne sera accordé à moins que la demande n'ait été reçue au moins (11) onze jours avant le début de l'activité (auquel cas des frais d'administration de 15 \$ payables par camp, cours ou activité seront applicables).

Nom du parent ou du tuteur	Signature du parent ou du tuteur	Date
----------------------------	----------------------------------	------

Veillez S.V.P. procéder au paiement afin de conclure votre inscription. (Page 2 de 2)