

CAMPS DE JOUR SPORTMAX AU CEGEP DE SAINT-LAURENT - ÉTÉ 2018

ENFANT

1^{er} RESPONSABLE FAMILIAL

Nom de famille _____ Prénom _____
 Sexe: _____ Tél.: _____
 Lien familial (Mère, père...) _____
 Tél. travail: _____ # _____ Tél. cell.: _____
 Adresse: _____
 Ville: _____ Code postal: _____
 Courriel*: _____
**COURRIEL OBLIGATOIRE - Une fois l'inscription entrée, vous recevrez une confirmation par courriel ainsi que les instructions pour activer votre compte en ligne.*

2^e RESPONSABLE FAMILIAL

Nom de famille _____ Prénom _____
 Sexe: _____ Tél. cell.: _____
 Lien familial (Mère, père...) _____
 Tél. travail: _____ # _____ Tél. autre: _____

REÇU D'IMPÔTS Émis en février prochain au(x) nom(s) et NAS inscrits ci-dessous, vous pouvez déterminer un % pour chaque responsable. Plus de détails sur les relevés au www.sportmax.ca/impot.

Émis à: _____ NAS: _____ %: _____

#	DATES	CHOIX DE CAMP	COÛT	RABAIS	REPAS	ATELIERS DE NATATION	
						Débutant	Interm.
1	25/06 - 29/06		\$	\$	\$	\$	\$
2	02/07 - 06/07		\$	\$	\$	\$	\$
3	09/07 - 13/07		\$	\$	\$	\$	\$
4	16/07 - 20/07		\$	\$	\$	\$	\$
5	23/07 - 27/07		\$	\$	\$	\$	\$
6	30/07 - 03/08		\$	\$	\$	\$	\$
7	06/08 - 10/08		\$	\$	\$	\$	\$
8	13/08 - 17/08		\$	\$	\$	\$	\$
			\$-	\$+	\$+	\$+	\$=

Nom de famille _____ Prénom _____
 Naissance: _____ Année _____ Mois _____ Jour _____ Âge: _____ ans Sexe: _____
 # Assurance maladie: _____ Exp.: _____
 Maladies/Allergies: _____
 Médicaments/posologie: _____
 Si l'enfant apporte un auto-injecteur de type *Épipen*, où désirez-vous qu'il soit gardé ?
 Sac de l'enfant Sac de l'animateur pour toute la semaine
 À la taille de l'enfant Sac de l'animateur, remis chaque jour
 Problème de comportement : _____

JUMELAGE

La demande de jumelage d'enfants ne peut, en aucun cas, être garantie. Si le groupe d'âge diffère, l'enfant plus âgé sera placé dans le groupe du plus jeune.

Prénom / nom: _____

DÉPART AVEC... Indiquez avec qui, habituellement, l'enfant quitte. Si vous cochez "Parent(s)", ne pas écrire de nom.

Parent(s) Seul Autre personne Service d'accueil

NOM(S) : _____

URGENCE

Nom : _____

Lien enfant : _____ Tél. : _____

PAIEMENT

VISA _____ \$
 MASTER _____ \$
 INTERAC _____ \$
 COMPTANT _____ \$
 CHÈQUE 1 _____ \$
 (11 avril) 2 _____ \$
 (25 avril) 3 _____ \$
 (9 mai) 4 _____ \$
 (23 mai) 5 _____ \$
 (6 juin) 6 _____ \$

ACCEPTATION - En signant la fiche d'inscription:

1) J'ATTESTE avoir pris connaissance des politiques de remboursement telles qu'indiquées dans le dépliant des Camps de jour. 2) J'AUTORISE les responsables des Camps de jour à prodiguer les soins nécessaires et, le cas échéant, je m'engage à payer les frais de transport par ambulance et les frais médicaux. 3) En indiquant le détail des médicaments et des posologies au dossier de mon enfant, J'AUTORISE la prise de dits médicaments durant les activités ou l'administration par le personnel des camps de jour dans le cas d'un auto-injecteur d'épinéphrine pour réaction allergique, conformément à la posologie indiquée. Les médicaments doivent être remis à la table d'accueil du service de garde ou au bureau d'accueil dans un contenant approprié (à l'exception des auto-injecteur d'épinéphrine). 4) J'AUTORISE l'utilisation des photos et vidéos de mon enfant réalisées durant les activités à des fins de promotion des activités uniquement.

ADMIN

Reçue par: _____

Entrée par: _____

Confirm. tél. _____

Reçu email _____

Si nouveau dossier, accès généré? _____

Signature _____

Date _____