



**FICHE D'INSCRIPTION
CAMP DE JOUR NOTRE-DAME-DES-VICTOIRES**

Prénom : _____
 Date de naissance (J/M/A) : ____ / ____ / ____
 Adresse : _____
 Téléphone : _____
 # Assurance maladie : _____

Nom : _____
 Âge (au début du camp) : _____
 Code postal : _____
 Enfant est autorisé à quitter seul : Oui Non
 Date d'expiration : _____

Prénom de la mère : _____
 Téléphone : _____
 Prénom du père : _____
 Téléphone : _____

Nom de la mère : _____
 Téléphone au travail : _____
 Nom du père : _____
 Téléphone au travail : _____

Adresse courriel d'un des deux parents : _____

En cas d'urgence : _____ # Téléphone : _____ Lien avec l'enfant : _____

Par mesure de sécurité, nous aimerions savoir quelles sont les personnes autorisées à venir chercher votre enfant au club de vacances **(Nous demanderons une pièce d'identité à ces personnes afin de les identifier)** :

| Nom des personnes autorisées | Lien | Nom des personnes autorisées | Lien |
|------------------------------|------|------------------------------|------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

1. Votre enfant porte-t-il des lunettes ? Oui Non
 2. État de la vue : Bonne Mauvaise
 3. État de l'ouïe : Bonne Mauvaise
 4. Votre enfant sait-il nager ? Oui Non
 5. J'autorise mon enfant à effectuer le test de nage : Oui Non
 6. Votre enfant prend-t-il des médicaments ? Oui Non
- Si oui, lesquels ? _____

Cochez si votre enfant souffre de :

- | | | |
|---|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Hémophilie | <input type="checkbox"/> Hyperactivité |
| <input type="checkbox"/> Épilepsie | <input type="checkbox"/> Incontinence | <input type="checkbox"/> Asthme |
| <input type="checkbox"/> Allergies : _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Autres : _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Spécifications : _____ | | |

Encerclez les semaines de camp auxquelles vous voulez inscrire votre enfant :

| Semaines | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|----------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | |

Cochez les moments auxquels votre enfant fréquentera le service de garde :

| | Lundi | Mardi | Mercredi | Jeudi | Vendredi |
|-------|-------|-------|----------|-------|----------|
| Matin | | | | | |
| Soir | | | | | |

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

Frais d'inscription : _____ 20.00 \$
 Chandail de camp supplémentaire (10 \$) : _____ \$
 Camp régulier (_____ X _____ \$) : _____ \$
 Spécialités (_____ X _____ \$) : _____ \$
 Service de garde (_____ X _____ \$) : _____ \$
GRAND TOTAL : _____ \$

| | Montant | Chèque | Comptant | Date | Initiales |
|---------|---------|--------|----------|------|-----------|
| Dépôt 1 | | | | | |
| Dépôt 2 | | | | | |
| Dépôt 3 | | | | | |
| Dépôt 4 | | | | | |
| Dépôt 5 | | | | | |
| Dépôt 6 | | | | | |

Grandeur du chandail : _____
 Chandail(s) remis : Oui Non

Montant dû après le 1^{er} versement effectué en date de l'inscription : _____ \$

J'autorise mon enfant à participer aux activités et aux sorties prévues par le camp de jour Notre-Dame-des-Victoires conformément aux règlements. J'autorise également le personnel du camp de jour Notre-Dame-des-Victoires à administrer les premiers soins à mon enfant en cas de besoin.

Signature du parent ou tuteur : _____
 Signature du responsable : _____

Date : ____ / ____ / ____
 Date : ____ / ____ / ____