

	ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
Nom de l'enfant			
Prénom de l'enfant			
Date de naissance			
Âge			
Niveau scolaire			
Allergie			
Troubles (Comportement, physique)			
# ass. Maladie			
Date expiration			
Médicament*			
*Fournir la fiche d'autorisation.			
Adresse			
Ville	Code postal		
Courriel			
Nom de la mère			
(Adresse si différente)			
Téléphone	Maison :	Travail :	Cell :
Nom du père			
(Adresse si différente)			
Téléphone	Maison :	Travail :	Cell :

\*\*\*Si vous désirez obtenir un reçu pour fin d'impôt (relevé 24), il est de votre responsabilité de fournir les informations suivantes et de nous informer de tout changement d'adresse. \*\*\*

Reçu frais de garde	
Fait au nom de:	
<input type="radio"/> Mère	<input type="radio"/> Père
<input type="radio"/> autre, précisez	_____
Numéro d'assurance sociale**	:

## Activités

			1	2	3	Total
<u>Inscription générale</u>	4 jours	70\$				
<u>Inscription à la journée</u>	<input type="checkbox"/> Mardi 3 janvier <input type="checkbox"/> Mercredi 4 janvier <input type="checkbox"/> Jeudi 5 janvier <input type="checkbox"/> Vendredi 6 janvier	20\$ 20\$ 20\$ 20\$				

## Paiement

Argent comptant       Chèques : Date : \_\_\_\_\_ Montant : \_\_\_\_\_

## AUTORISATION

Personne autorisée à contacter en cas d'absence des parents et en cas d'urgence :

Nom \_\_\_\_\_ Lien \_\_\_\_\_  
 Tél. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

J'AUTORISE les responsables du Centre communautaire de St-Charles à diffuser, pour des raisons de sécurité, à tout le personnel du groupe de mon enfant les informations ci-jointes et en cas d'urgence (accident ou maladie subite), à prendre les mesures nécessaires, à dispenser les premiers soins et à veiller au transport de mon enfant jusqu'au lieu de traitement, si cela s'avère nécessaire.  OUI  NON

J'AUTORISE les responsables du Camp de jour du Centre communautaire St-Charles à se déplacer avec mon enfant, que se soit dans le cadre de déplacement journaliers ou des sorties prévues à l'extérieur du camp.  
 OUI  NON

J'AUTORISE le Centre communautaire de St-Charles à photographier mon enfant dans le cadre des activités régulières ou des sorties prévues à notre calendrier, d'exposer et/ou de publier ces photos, que se soit sur le tableau d'affichage, le journal interne, les dépliants et site Internet futur.  OUI  NON

\_\_\_\_\_  
Signature du parent ou tuteur

\_\_\_\_\_  
Date

