

CAMP HIVER 2018

	Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3
Nom			
Prénom			
Date de naissance			
Âge			
Niveau scolaire			
Allergie			
Particularité Comportement, physique			
# ass. maladie			
Date d'expiration			
Identification des parents ou tuteurs			
Nom mère ou tuteur :		Nom père ou tuteur :	
adresse :		adresse:	
téléphone résidence :		téléphone résidence :	
téléphone travail :		téléphone travail :	
cellulaire :		cellulaire :	
En cas d'urgence :		téléphone :	
Relevé 24 : <input type="radio"/> mère <input type="radio"/> père NAS : _____			

***Si vous désirez obtenir un reçu pour fin d'impôt (relevé 24), vous devez fournir ces informations et nous informer de tout changement. ***

Cochez les journées	3 janvier	4 janvier	5 janvier
Enfant 1			
Enfant 2			
Enfant 3			

20\$/ jour 45\$/ 3jours

Total : _____\$ comptant débit crédit chèque

J'AUTORISE les responsables du Centre communautaire Sintra St-Charles :

En cas d'urgence, 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

À se déplacer avec mon enfant, que ce soit dans le cadre de déplacements journaliers ou des sorties prévues à l'extérieur du camp. OUI NON

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 ce soit sur le tableau d'affichage, le journal interne, les dépliants et sur Internet.

OUI NON

Signature du parent ou tuteur

Date