



FORMULAIRE D'INSCRIPTION CAMP DE JOUR SPORTS LAVAL 2018 INITIATION SPORTIVE

Veillez déposer à nos bureaux le **formulaire ainsi que le chèque au minimum 2 semaines avant votre première semaine ou faire l'inscription sur le site d'amilia :**

3235, boul. St-Martin Est, bureau 221

Laval (Québec) H7E 5G8

camp@sportslaval.qc.ca

Où avez-vous entendu parler du camp de jour estival Sports Laval? Un dépliant reçu à l'école de votre enfant Un ami
 Une expérience précédente Le site Internet de Sports Laval
 Autres _____

PARTICIPANT

Pendant l'année scolaire, mon enfant fréquente l'école :

Nom :

Prénom :

Adresse :

N° d'appartement :

Ville :

Code postal :

Téléphone :

Date de naissance de l'enfant :

Âge :

Sexe de l'enfant : F M

Numéro d'assurance maladie :

Date d'expiration :

Votre enfant sait-il nager? OUI NON

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Votre enfant est-il atteint de maladies chroniques ou récurrentes: OUI NON

Est-il atteint des affections suivantes?

Asthme : OUI NON

Épilepsie : OUI NON

Hernies : OUI NON

Diabète : OUI NON

Autre : OUI NON

Si vous avez coché **oui** à l'une de ces questions, veuillez fournir plus d'informations (médication, spécificités, etc.)

*****VEUILLEZ NOTER QUE NOUS DEVONS AVOIR L'ORDONNANCE DE VOTRE ENFANT.*****

ALLERGIES

Votre enfant a-t-il des allergies? OUI NON Si oui, veuillez préciser.

Allergie : _____

Médication : _____

Allergie : _____

Médication : _____

Allergie : _____

Médication : _____

Allergie : _____

Médication : _____

Votre enfant possède-t-il un dispositif d'adrénaline (EpiPen ou ANAKIT) pour le traitement de ses allergies? OUI NON

Si oui, qui est autorisé à conserver et à administrer ce médicament et quelle est la posologie?

L'enfant lui-même

Le moniteur de l'enfant

Tout adulte responsable

Posologie : _____

PERMISSION DE DÉPART

J'autorise mon enfant à quitter le camp de jour seul à pied en transport en commun

ou en compagnie de : Nom : _____ Lien de parenté : _____

Nom : _____ Lien de parenté : _____

Nom : _____ Lien de parenté : _____

Nom : _____ Lien de parenté : _____

Mot de passe pour récupérer l'enfant : _____

CONTACT EN CAS D'URGENCE

Personne à contacter en cas d'urgence :

Lien avec l'enfant :

Téléphone domicile :

Téléphone travail :

Autre :

PAYEUR — Pour obtenir un reçu aux fins de l'impôt (relevé 24), vous devez obligatoirement indiquer votre numéro d'assurance sociale.

Nom :

Prénom :

Courriel (OBLIGATOIRE) :

Adresse (si différente de celle de l'enfant) :

Code postal :

Téléphone à domicile :

Numéro d'assurance sociale du payeur :

COÛT — Pour toute annulation ou remboursement, consulter la politique de remboursement disponible sur notre site Internet.

Frais d'inscription : **25,00\$**

Camp de jour (9h00 à 16h00) **75,00\$** : Semaine 1 2 3 4 5 6 7 8 9

2e enfant : **70,00\$**

3e enfant : **65,00\$**

Service de garde (7h00 à 9h00 et 16h00 à 18h00) **30,00\$** : Semaine 1 2 3 4 5 6 7 8 9

Exemple du Total : Frais d'inscription + Camp de jour + Service de garde = **MONTANT TOTAL**

Total : 25\$ + + =

MODE DE PAIEMENT — Sports Laval ne détient pas de service de cartes bancaires, vous trouverez ci-dessous les options disponibles.

Pour que l'inscription soit officielle, vous devez payer la première et la dernière semaine.

Comptant : Par mesure de sécurité, si vous désirez payer comptant, vous devez tout de même faire des chèques postdatés pour chaque semaine inscrit. Nous détruirons le chèque lors du paiement comptant.

Chèque : (à l'ordre de Sports Laval)

AUTORISATION PARENTALE

Cochez la grandeur du chandail offert à votre enfant : S M L XL S adulte M adulte L adulte

J'autorise Sports Laval à utiliser à des fins promotionnelles dans diverses publications des photos ou des films où figure mon enfant, lesquels seront réalisés lors du camp de jour et demeureront la propriété de Sports Laval.

Oui

Non

Signature du parent ou du tuteur : _____ Date : _____

En signant la présente, j'autorise la direction du camp de jour à prodiguer tous les soins infirmiers nécessaires. Si la direction le juge nécessaire, je l'autorise également à transporter mon enfant, par ambulance ou autrement, dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire.

Signature du parent ou du tuteur : _____ Date : _____

Pour plus d'informations, veuillez contacter Véronique Rainville au 450-664-1917 poste 207 ou par courriel au camp@sportslaval.qc.ca