



FORMULAIRE D'INSCRIPTION CAMP DE JOUR « DE LA RELÂCHE » SPORTS LAVAL

Photo de l'enfant

Veillez déposer le formulaire complété **AVANT LE 19 FÉVRIER 2012**, à la réception du bureau de Sports Laval situé au 3235, boulevard St-Martin Est, bureau 221, Laval (Québec) H7E 5G8.



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 :

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

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

Si oui, préciser : _____

Est-il atteint des affections suivantes?	A-t-il des réserves pour la pratique de certaines activités? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Asthme : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Si vous avez coché oui à l'une de ces questions, veuillez fournir plus d'informations (médication, spécificités, etc.)
Hernies : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Épilepsie : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Diabète : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Autre : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

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 : _____

Nom : _____ Lien de parenté : _____

CONTACT EN CAS D'URGENCE

Personne à contacter en cas d'urgence :

Lien avec l'enfant :

Téléphone à domicile :

Téléphone au travail :

Téléphone cellulaire :

Autre :

PAYEUR — Pour obtenir un reçu, veuillez remplir cette section. Pour obtenir un reçu aux fins de l'impôt (relevé 24), veuillez inscrire votre numéro d'assurance sociale.

Nom :

Prénom :

Courriel :

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

Code postal :

Téléphone à domicile :

Numéro d'assurance sociale du payeur :

COÛT-Aucun remboursement ne sera accepté sauf sur présentation d'un certificat médical. Des frais administratifs de 15% seront toutefois retenus.-

Camp de jour à temps partiel, de 9h00 à 16h00 (lundi-mardi-mercredi) : **50,00\$**

Camp de jour à temps plein, de 9h00 à 16h00 : **70,00\$**

2e enfant : **65,00\$**

3e enfant : **60,00\$**

Service de garde à temps partiel, de 7h00 à 9h00 et de 16h00 à 18 h00 (lundi-mardi-mercredi) : **23,00\$**

Service de garde à temps plein, de 7h00 à 9h00 et de 16h00 à 18 h00 : **30,00\$**

TOTAL : CDJ :

SDG:

MONTANT TOTAL :

MODE DE PAIEMENT

Sports Laval ne détient pas de service de cartes bancaires, vous trouvez ci-dessous les options possibles.

Comptant :

Chèque : (à l'ordre de Sports Laval)

AUTORISATION PARENTALE

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 Marie-Christine Cyr au 450-664-1917 p.207 ou par courriel à : mariechristine@sportslaval.qc.ca