



## CAMP DE JOUR RELÂCHE SAINT-PHILIBERT 2020

Du 2 au 5 mars 2020, de 8 h 00 à 16 h 00

Tarifs pour les 4 jours : Résidents : 32 \$ pour le 1<sup>er</sup> enfant / 28 \$ par enfant supplémentaire

### Section 1 : Inscription enfant (Maternelle à la 6<sup>e</sup> année)

|   |  |
|---|--|
| Enfant 1 :<br>Nom de famille : _____ Prénom : _____ | Date de naissance :<br>Sexe: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Âge: _____  |
| Enfant 2 :<br>Nom de famille : _____ Prénom : _____ | Date de naissance :<br>Sexe: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Âge : _____ |
| Enfant 3 :<br>Nom de famille : _____ Prénom : _____ | Date de naissance :<br>Sexe: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Âge: _____  |

### Section 2 : Parents ou tuteur

|               |       |                  |       |
|---------------|-------|------------------|-------|
| Nom du père : |       | Nom de la mère : |       |
| Adresse :     |       | Adresse :        |       |
| Téléphone     | Rés.  | Téléphone        | Rés.  |
|               | Bur.  |                  | Bur.  |
|               | Cell. |                  | Cell. |
| Courriel :    |       | Courriel :       |       |

### Section 3 : Pour émission du relevé 24

|                        |  |          |  |
|------------------------|--|----------|--|
| Nom du parent payeur : |  | N.A.S. : |  |
|------------------------|--|----------|--|

### Section 4 : Personnes autorisées à quitter avec le ou les enfants

| Nom, prénom | Lien avec l'enfant | Téléphone(s) : |
|-------------|--------------------|----------------|
|             |                    |                |
|             |                    |                |
|             |                    |                |

Mon enfant est autorisé à quitter seul :  oui  non

\* Veuillez noter que si ce n'est pas une personne autorisée qui vient chercher votre enfant, le personnel du service de garde ne sera pas autorisé à le laisser partir, peu importe le lien de parenté qui l'unit à cette personne. Pour autoriser qui que ce soit (dont le nom n'est pas mentionné à la section 4 du présent formulaire) à aller chercher votre enfant, vous devez transmettre au préalable au service de garde un avis écrit précisant le nom de cette personne.

| Pour | Choix                    | Dates        | 1 enfant | Choix                    | 2 enfants | Choix                    | 3 enfants | Choix                    |
|------|--------------------------|--------------|----------|--------------------------|-----------|--------------------------|-----------|--------------------------|
|      | <input type="checkbox"/> | 2 mars       | 8 \$     | <input type="checkbox"/> | 7 \$      | <input type="checkbox"/> | 7 \$      | <input type="checkbox"/> |
|      | <input type="checkbox"/> | 3 mars       | 8 \$     | <input type="checkbox"/> | 7 \$      | <input type="checkbox"/> | 7 \$      | <input type="checkbox"/> |
|      | <input type="checkbox"/> | 4 mars       | 8 \$     | <input type="checkbox"/> | 7 \$      | <input type="checkbox"/> | 7 \$      | <input type="checkbox"/> |
|      | <input type="checkbox"/> | 5 mars       | 8 \$     | <input type="checkbox"/> | 7 \$      | <input type="checkbox"/> | 7 \$      | <input type="checkbox"/> |
|      |                          | <b>TOTAL</b> |          |                          |           |                          |           |                          |

### Informations supplémentaires :

Votre enfant présente-t-il des problèmes de comportement?

|          |     |     |       |
|----------|-----|-----|-------|
| Enfant 1 | Oui | Non | _____ |
| Enfant 2 | Oui | Non | _____ |
| Enfant 3 | Oui | Non | _____ |

Votre enfant a-t-il des allergies (alimentaire ou autre)?

|          |     |     |       |
|----------|-----|-----|-------|
| Enfant 1 | Oui | Non | _____ |
| Enfant 2 | Oui | Non | _____ |
| Enfant 3 | Oui | Non | _____ |

Votre enfant porte-t-il des prothèses ou des lunettes?

|          |     |     |       |
|----------|-----|-----|-------|
| Enfant 1 | Oui | Non | _____ |
| Enfant 2 | Oui | Non | _____ |
| Enfant 3 | Oui | Non | _____ |

Votre enfant a-t-il des limitations physiques importantes?

|          |     |     |       |
|----------|-----|-----|-------|
| Enfant 1 | Oui | Non | _____ |
| Enfant 2 | Oui | Non | _____ |
| Enfant 3 | Oui | Non | _____ |

Votre enfant a-t-il des conflits de personnalité avec certains enfants ?

|          |     |     |       |
|----------|-----|-----|-------|
| Enfant 1 | Oui | Non | _____ |
| Enfant 2 | Oui | Non | _____ |
| Enfant 3 | Oui | Non | _____ |

Qui sont ses amis ? (1 ou 2)

\_\_\_\_\_