



Section camp de jour et service de garde animé



Identification du parent		Forfaits
Nom : _____ Prénom : _____ Adresse : _____ ☎ maison : _____ ☎ travail : _____ ☎ cellulaire : _____ @ : _____ N° ass. sociale (pour le relevé 24) : _____		
Identification des enfants		
<b>Premier enfant</b>		<b>Camp de jour</b>
Sexe : <input type="checkbox"/> F / <input type="checkbox"/> M Nom : _____ Prénom : _____ Âge : _____ Date de naissance : ____/____/____ N° ass. maladie : _____ Grandeur de chandail : <input type="checkbox"/> S / <input type="checkbox"/> M / <input type="checkbox"/> L Exp. : ____/____ Choix de l’option spécialisée : <input type="checkbox"/> Art / <input type="checkbox"/> Sport Allergie : _____ Si oui, a-t-il besoin d’un épipen? <input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non Asthme : _____ Prise de médicament : _____ Autres : _____		<input type="checkbox"/> Estival (100 \$) <input type="checkbox"/> Semaine (45 \$)
		<b>Service de garde animé</b>
		<input type="checkbox"/> Estival (100 \$) <input type="checkbox"/> Semaine (30 \$)
<b>Deuxième enfant</b>		<b>Camp de jour</b>
Sexe : <input type="checkbox"/> F / <input type="checkbox"/> M Nom : _____ Prénom : _____ Âge : _____ Date de naissance : ____/____/____ N° ass. maladie : _____ Grandeur de chandail : <input type="checkbox"/> S / <input type="checkbox"/> M / <input type="checkbox"/> L Exp. : ____/____ Choix de l’option spécialisée : <input type="checkbox"/> Art / <input type="checkbox"/> Sport Allergie : _____ Si oui, a-t-il besoin d’un épipen? <input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non Asthme : _____ Prise de médicament : _____ Autres : _____		<input type="checkbox"/> Estival (80 \$) <input type="checkbox"/> Semaine (45 \$)
		<b>Service de garde animé</b>
		<input type="checkbox"/> Estival (80 \$) <input type="checkbox"/> Semaine (30 \$)
<b>Troisième enfant</b>		<b>Camp de jour</b>
Sexe : <input type="checkbox"/> F / <input type="checkbox"/> M Nom : _____ Prénom : _____ Âge : _____ Date de naissance : ____/____/____ N° ass. maladie : _____ Grandeur de chandail : <input type="checkbox"/> S / <input type="checkbox"/> M / <input type="checkbox"/> L Exp. : ____/____ Choix de l’option spécialisée : <input type="checkbox"/> Art / <input type="checkbox"/> Sport Allergie : _____ Si oui, a-t-il besoin d’un épipen? <input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non Asthme : _____ Prise de médicament : _____ Autres : _____		<input type="checkbox"/> Estival (70 \$) <input type="checkbox"/> Semaine (45 \$)
		<b>Service de garde animé</b>
		<input type="checkbox"/> Estival (70 \$) <input type="checkbox"/> Semaine (30 \$)
<b>Quatrième enfant</b>		<b>Camp de jour</b>
Sexe : <input type="checkbox"/> F / <input type="checkbox"/> M Nom : _____ Prénom : _____ Âge : _____ Date de naissance : ____/____/____ N° ass. maladie : _____ Grandeur de chandail : <input type="checkbox"/> S / <input type="checkbox"/> M / <input type="checkbox"/> L Exp. : ____/____ Choix de l’option spécialisée : <input type="checkbox"/> Art / <input type="checkbox"/> Sport Allergie : _____ Si oui, a-t-il besoin d’un épipen? <input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non Asthme : _____ Prise de médicament : _____ Autres : _____		<input type="checkbox"/> Estival (65 \$) <input type="checkbox"/> Semaine (45 \$)
		<b>Service de garde animé</b>
		<input type="checkbox"/> Estival (65 \$) <input type="checkbox"/> Semaine (30 \$)
<b>Sous-total pour la section camp de jour</b>		(ligne 1)
<b>Sous-total pour la section service de garde animé</b>		(ligne 2)

\*Respecter l’ordre dans lequel vous avez placé vos enfants pour la suite du formulaire s.v.p.

Si vos enfants sont inscrits à la semaine pour un de ces deux services (camp de jour et service de garde animé), cochez les cases appropriées.

Camp de jour		Service de garde animé	
<input type="checkbox"/> 27 juin au 1 <sup>er</sup> juillet	<input type="checkbox"/> 25 au 29 juillet	<input type="checkbox"/> 27 juin au 1 <sup>er</sup> juillet	<input type="checkbox"/> 25 au 29 juillet
<input type="checkbox"/> 4 au 8 juillet	<input type="checkbox"/> 1 au 5 août	<input type="checkbox"/> 1 <sup>er</sup> juillet	<input type="checkbox"/> 1 au 5 août
<input type="checkbox"/> 11 au 15 juillet	<input type="checkbox"/> 8 au 12 août	<input type="checkbox"/> 4 au 8 juillet	<input type="checkbox"/> 8 au 12 août
<input type="checkbox"/> 18 au 22 juillet		<input type="checkbox"/> 11 au 15 juillet	
		<input type="checkbox"/> 18 au 22 juillet	

**Section service de garde extra**

Deux semaines supplémentaires suivant le camp de jour	Première semaine	Deuxième semaine
<i>Premier enfant</i>	<input type="checkbox"/> 15 au 19 août (25 \$)	<input type="checkbox"/> 22 au 26 août (25 \$)
<i>Deuxième enfant</i>	<input type="checkbox"/> 15 au 19 août (25 \$)	<input type="checkbox"/> 22 au 26 août (25 \$)
<i>Troisième enfant</i>	<input type="checkbox"/> 15 au 19 août (25 \$)	<input type="checkbox"/> 22 au 26 août (25 \$)
<i>Quatrième enfant</i>	<input type="checkbox"/> 15 au 19 août (25 \$)	<input type="checkbox"/> 22 au 26 août (25 \$)
<b>Sous-total pour la section service de garde extra</b> (ligne 3)		

<b>Total</b> (L1 + L2 + L3)	
-----------------------------	--



Réservé à l'administration	
N° chèque	
N° reçu	

**Section complémentaire**

Autorisations	
<input type="checkbox"/> J'autorise la municipalité de Notre-Dame-du-Portage à publier, sur son site Internet ou sa page Facebook et certaines publications à caractère promotionnel, des photos ou des vidéos de mes enfants lors des activités de loisir organisées par la Municipalité.	
<input type="checkbox"/> J'autorise le personnel de la municipalité de Notre-Dame-du-Portage à appliquer de la crème solaire à mes enfants.	
<input type="checkbox"/> En cas d'accident ou de maladie, j'autorise le personnel de la municipalité de Notre-Dame-du-Portage à assurer les suivis médicaux nécessaires.	
Arrivée et départ du camp	Activités en zone aquatique
<input type="checkbox"/> Mes enfants arrivent et repartent seuls du camp de jour. <input type="checkbox"/> Mes enfants arrivent et repartent accompagnés du camp de jour. Personnes pouvant accompagner mon enfant : ① _____ ☎ _____ ② _____ ☎ _____	<input type="checkbox"/> Tous mes enfants savent nager. <input type="checkbox"/> Aucun de mes enfants ne sait nager. <input type="checkbox"/> Mes enfants doivent porter une veste de flottaison individuelle (VFI) ( <i>veuillez les nommer</i> ) : _____ _____ _____
Personne à contacter en cas d'urgence (autre que le parent)	
Nom : _____	Prénom : _____
Adresse : _____	
Lien de parenté : _____	☎ maison : _____
☎ travail : _____	☎ cellulaire : _____
Nom : _____	Prénom : _____
Adresse : _____	
Lien de parenté : _____	☎ maison : _____
☎ travail : _____	☎ cellulaire : _____
Médecin de famille	Nom : _____ Prénom : _____ ☎ : _____

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Veuillez retourner ce formulaire complété avec votre paiement au bureau municipal (560, route de la Montagne). Si le formulaire reçu est incomplet, l'inscription ne sera pas officielle. Vous pouvez faire votre paiement en argent ou par chèque libellé à la Municipalité de Notre-Dame-du-Portage. Pour toutes questions sur les inscriptions, référez-vous à la page 2 de votre programmation estivale.

Information : 418 862-9163, poste 225

