



# FICHE D'INSCRIPTION 2017

## Club ados Xtrêmes

Un formulaire par participant

PRÉNOM DU PARTICIPANT		NOM DE FAMILLE DU PARTICIPANT		ÂGE AU 30 SEPTEMBRE	DATE DE NAISSANCE	SEXE
ADRESSE		APP.	VILLE	CODE POSTAL	NO. ASSURANCE MALADIE	EXPIRATION
TÉLÉPHONE (RÉS.)		DATE D'EXPIRATION : / /		DEGRÉ SCOLAIRE EN COURS :		
NO. D'ABONNEMENT - CARTE-LOISIRS (S'IL Y A LIEU)		<b>LE PORT DU CHANDAIL EST OBLIGATOIRE LORS DES SORTIES</b> <i>Cochez ici la taille désirée :</i> <b>M (10-12) <input type="checkbox"/> G (14-16) <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> TG <input type="checkbox"/></b>				

ADRESSE COURRIEL POUR RECEVOIR LES COMMUNICATIONS

**RENSEIGNEMENTS SUR LES PARENTS OU LE TUTEUR**      **TYPE DE GARDE :** Père et mère  Mère  Père  Partagée  Tuteur

RENSEIGNEMENTS – MÈRE OU TUTEUR			RENSEIGNEMENTS – PÈRE		
PRÉNOM	NOM DE FAMILLE		PRÉNOM	NOM DE FAMILLE	
ADRESSE	APP.		ADRESSE	APP.	
VILLE	CODE POSTAL		VILLE	CODE POSTAL	
TÉLÉPHONE (RÉSIDENCE)	TÉLÉPHONE (TRAVAIL)	CELLULAIRE	TÉLÉPHONE (RÉSIDENCE)	TÉLÉPHONE (TRAVAIL)	CELLULAIRE
ADRESSE COURRIEL (si différente de celle indiquée ci-haut)			ADRESSE COURRIEL (si différente de celle indiquée ci-haut)		

<b>PROLONGATION DE JOURNÉE</b> Mon enfant sera présent le MATIN (entre 7 h et 9 h) : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Arrivera à : _____ Mon enfant sera présent le SOIR (entre 15 h et 17 h) : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Quittera à : _____	<b>AUTORISATION DE DÉPART</b> Mon enfant est autorisé à quitter SEUL en fin de journée : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, précisez l'heure du départ : _____
---	---

PERSONNES AUTORISÉES			PERSONNES AUTORISÉES		
<i>Inscrivez le nom de toutes les personnes susceptibles de venir chercher l'enfant :</i>			NOM DE LA PERSONNE      LIEN AVEC L'ENFANT      TÉLÉPHONE (RÉPONSE RAPIDE)		
NOM DE LA PERSONNE	LIEN AVEC L'ENFANT	TÉLÉPHONE (RÉPONSE RAPIDE)	NOM DE LA PERSONNE	LIEN AVEC L'ENFANT	TÉLÉPHONE (RÉPONSE RAPIDE)

*Je m'engage à informer la coordonnatrice des camps par téléphone ou par écrit de toute modification à cette liste.*

**EN AUCUN CAS, VOUS NE DEVEZ LAISSER PARTIR MON ENFANT AVEC :** \_\_\_\_\_ *sur ordre de la Cour.*

<b>Du 27 juin au 10 août 2017 (7 semaines)</b> Mardi, mercredi et jeudi <i>Heures régulières : 9 h à 15 h</i> <i>Prolongation de journée : 7 h à 9 h et de 15 h à 17 h</i> <i>La prolongation de journée et les sorties sont incluses au tarif.</i>	<b>TARIFICATION</b> Non-résident et Intermunicipal : 428 \$ <input type="checkbox"/> Montmagny : 257 \$ <input type="checkbox"/> Carte-loisirs : 193 \$ <input type="checkbox"/>	<b>POSSIBILITÉ DE PAYER EN 5 VERSEMENTS</b> 1 <sup>er</sup> versement : 50 \$/famille (payable à l'inscription) Autres versements au choix (daté(s) au plus tard du 2 juin 2017) <input type="checkbox"/> Je joins le(s) chèque(s) libellé(s) à : Ville de Montmagny <input type="checkbox"/> Je désire payer par carte de crédit en un seul versement	<b>Faites parvenir les documents requis au plus tard le 2 juin 2017 :</b> Ville de Montmagny 143, rue St-Jean-Baptiste Est Montmagny (Québec) G5V 1K4
---	---	--	--

RENSEIGNEMENTS POUR FIN D'IMPÔT (RELEVÉ 24), à quel parent doit-il être émis?  NOM DU PARENT : _____ NO. ASSURANCE SOCIALE : _____ ADRESSE POSTALE (si différente de l'enfant) : _____	No. d'assurance sociale exigé par le ministère du Revenu.	SIGNATURE DU TITULAIRE DE LA CARTE (OBLIGATOIRE) En signant cette partie, j'autorise la Ville de Montmagny à prélever la totalité du montant à la réception de mon inscription sur ma carte : Visa <input type="checkbox"/> MasterCard <input type="checkbox"/> American Express <input type="checkbox"/> NO. DE LA CARTE : _____ EXPIRATION : ____/____	<b>AUTORISATION DE PAIEMENT PAR CARTE DE CRÉDIT</b>
---	---	--	---

# FICHE SANTÉ DU PARTICIPANT

PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE ( <i>Autres que les parents</i> )			NOM DU MÉDECIN DE FAMILLE	TÉLÉPHONE
NOM DE LA PERSONNE	LIEN AVEC L'ENFANT	TÉLÉPHONE (RÉPONSE RAPIDE)	INTERVENTION CHIRURGICALE	
			Votre enfant a-t-il déjà subi une intervention chirurgicale? Si oui, précisez : <span style="float: right;">Oui <input type="checkbox"/></span> <span style="float: right;">Non <input type="checkbox"/></span>	
NOM DE LA PERSONNE	LIEN AVEC L'ENFANT	TÉLÉPHONE (RÉPONSE RAPIDE)		

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX DE L'ENFANT			AUTORISATIONS PARENTALES		
Votre enfant a-t-il des problèmes de santé? <i>Si oui, précisez :</i>			Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	<b>SI VOTRE ENFANT A UNE DOSE D'ADRÉLANINE À SA DISPOSITION</b> Par la présente, j'autorise les personnes désignées par le Camp à administrer à mon enfant, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline de type : _____
Votre enfant a-t-il des allergies alimentaires? <i>Si oui, précisez :</i>			Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Votre enfant a-t-il des allergies aux médicaments? <i>Si oui, précisez :</i>			Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Epipen, Ana-Kit), en raison de ses allergies?			Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Votre enfant prend-t-il des médicaments? <i>Si oui, précisez :</i>			Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	<b>SIGNATURE DU PARENT</b>  <b>SI VOTRE ENFANT DOIT PRENDRE DES MÉDICAMENTS DURANT LE CAMP</b> Vous devrez, à votre arrivée au Camp, compléter un formulaire d'autorisation de prise de médicament afin que les responsables puissent administrer le médicament prescrit à votre enfant.
Mon enfant prendra : Régulièrement <input type="checkbox"/> Au besoin <input type="checkbox"/>					
Nom du médicament prescrit : _____					
Posologie : _____					
Horaire d'administration : _____					<b>Je m'engage à transmettre à la direction du Camp toute modification pouvant survenir au cours de l'été concernant l'état de santé de mon enfant.</b>
Autres spécifications : _____					
Votre enfant présente-t-il des troubles de comportement? <i>Si oui, précisez :</i>			Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Votre enfant porte-t-il des prothèses (visuelles, auditives)? <i>Si oui, précisez :</i>			Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Votre enfant sait-il nager adéquatement?			Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	<b>J'autorise les responsables du Camp et les animateurs à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Si la direction le juge nécessaire, je les autorise à transporter mon enfant par ambulance ou autrement dans un établissement hospitalier.</b>
<i>Si non, devra-t-il porter une veste de flottaison?</i>			Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Votre enfant mange-t-il normalement? <i>Si non, précisez :</i>			Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	<b>Je m'engage à collaborer et à participer à une rencontre avec la direction du Camp si le comportement de mon enfant nuit au bon déroulement des activités</b>
Y a-t-il d'autres informations à connaître? <i>Précisez-les ici :</i>					

**SIGNATURE DU PARENT OU TUTEUR**  *Je confirme que les renseignements fournis sont exacts et que j'ai lu les autorisations parentales ci-haut et les politiques ci-bas.*

PRÉNOM ET NOM	LIEN AVEC L'ENFANT	DATE DE LA SIGNATURE
---------------	--------------------	----------------------

POLITIQUE DE PAIEMENT	POLITIQUE DE REMBOURSEMENT
<p>À l'inscription, un montant minimal de 50 \$/famille doit être acquitté;            Pour le solde restant, jusqu'à 5 versements peuvent être acceptés (chèques postdatés obligatoires, datés au plus tard du 2 juin 2017);  <b>TOUTE SOMME IMPAYÉE APRÈS LE 2 JUIN ENTRAÎNE L'ANNULATION COMPLÈTE DE L'INSCRIPTION AUX CAMPS.</b></p>	<p>Demande effectuée <b>avant le début du Camp</b> dont le participant peut être remplacé, un remboursement pourra être émis;            En tout autre temps, aucun remboursement ou crédit d'inscription pour des raisons personnelles ne sera effectué. Seules les situations suivantes pourront engendrer un remboursement de 85 % : <b>maladie</b> (billet du médecin exigé) ou <b>déménagement</b>;            Demande effectuée <b>après le début du Camp</b> et transmise au plus tard le 18 août 2017, le remboursement émis représentera 85 % du solde une fois les jours de fréquentation retranchés.</p>