

TYPE DE GARDE : Père et mère Mère Père Partagée Tuteur

RENSEIGNEMENTS – MÈRE OU TUTEUR (ces champs sont obligatoires)

PRÉNOM		NOM DE FAMILLE	
ADRESSE		APP.	
VILLE		CODE POSTAL	
TÉLÉPHONE (RÉSIDENCE)	TÉLÉPHONE (TRAVAIL)	CELLULAIRE	
COURRIEL			

RENSEIGNEMENTS – PÈRE (ces champs sont obligatoires)

PRÉNOM		NOM DE FAMILLE	
ADRESSE		APP.	
VILLE		CODE POSTAL	
TÉLÉPHONE (RÉSIDENCE)	TÉLÉPHONE (TRAVAIL)	CELLULAIRE	
COURRIEL			

RENSEIGNEMENTS POUR LES HEURES D'ARRIVÉE ET DE DÉPART



CAMP DE JOUR : 6 h 30 à 17 h

Mon enfant arrivera le **matin** à : _____ (précisez l'heure d'arrivée)

Mon enfant quittera le **soir** à : _____ (précisez l'heure de départ)

Pour faciliter la logistique des départs et éviter les déplacements inutiles, merci d'indiquer le plus précisément possible l'heure à laquelle votre enfant quittera afin qu'il soit prêt à partir dès votre arrivée.

Mon enfant est autorisé à quitter **SEUL** en fin de journée : Oui Non Si oui, précisez l'heure de son départ : _____

PERSONNES AUTORISÉES • Indiquez ici le nom de toutes les personnes, autres que les parents, susceptibles de venir chercher l'enfant :

PRÉNOM ET NOM	LIEN AVEC L'ENFANT	TÉLÉPHONE (RÉPONSE RAPIDE)
PRÉNOM ET NOM	LIEN AVEC L'ENFANT	TÉLÉPHONE (RÉPONSE RAPIDE)

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

- Je m'engage à informer la direction du Camp par un avis écrit à campsestivaux@ville.montmagny.qc.ca de toute modification à la liste de personnes autorisées à venir chercher l'enfant.
- Je m'engage à informer la direction du Camp si un jugement est rendu par la Cour concernant les titulaires de l'autorité parentale au sujet de l'enfant.
- En tant que parent signataire, je consens à ce que tous les renseignements contenus dans cette fiche soient divulgués à l'autre parent titulaire de l'autorité parentale.
- Je confirme que les renseignements fournis sont exacts.

SIGNATURE DU TITULAIRE DE L'AUTORITÉ PARENTALE	LIEN AVEC L'ENFANT	DATE DE LA SIGNATURE
--	--------------------	----------------------

RENSEIGNEMENTS POUR FIN D'IMPÔT (RELEVÉ 24)
NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE EXIGÉ PAR LE MINISTÈRE DU REVENU.

Je désire que le reçu d'impôt soit émis à mon nom, et ce, pour la totalité des frais admissibles (100 %)

NOM DU PARENT : _____ NO. ASSURANCE SOCIALE : _____

Je désire que les frais admissibles au reçu d'impôt soient partagés avec l'autre parent :

NOM DU PARENT 1 : _____ (_____ %) NO. ASSURANCE SOCIALE : _____

NOM DU PARENT 2 : _____ (_____ %) NO. ASSURANCE SOCIALE : _____