



FICHE D'INSCRIPTION POUR CAMP D'ÉTÉ 2004

PARTIE 1 RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE

INDIQUEZ LE NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE ► INDIQUEZ LA DATE D'EXPIRATION ►

Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Nom de famille	Prénom	
	Pays d'origine	Autres	
Date de naissance <small>année mois jour</small> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Langue(s) parlée(s) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Adresse du domicile (numéro, rue, appartement)			
Ville		Code postal	Téléphone ()

PARTIE 2 PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom de la mère		Téléphone maison: ()
		Téléphone travail: ()
Nom du père		Téléphone maison: ()
		Téléphone travail: ()
Autre personne à contacter	Lien de parenté	Téléphone maison: ()
		Téléphone travail: ()

PARTIE 3 RENSEIGNEMENTS DE LA FICHE MÉDICALE DE LA PERSONNE

Veillez indiquer toutes les particularités qui pourraient nous aider à mieux répondre aux besoins de votre enfant (forces, faiblesses, traitements professionnels) ; exemples: allergies, médicaments, affections particulières. Ces informations seront traitées de façon confidentielle.

Votre enfant sait-il nager? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Votre enfant est-il couvert par une assurance-accident? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Indiquez l'endroit où l'enfant devra se rendre après chaque journée d'activités: <input type="checkbox"/> Service de garde <input type="checkbox"/> Autre lieu spécifiez: _____ Avec qui l'enfant doit-il quitter? <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Autres spécifiez: _____
--	--

PARTIE 4 RENSEIGNEMENTS SUR LES SÉJOURS CHOISIS

Accueil		Accueil	
28 juin au 2 juillet	<input type="checkbox"/>	26 au 30 juillet	<input type="checkbox"/>
5 au 9 juillet	<input type="checkbox"/>	2 au 6 août	<input type="checkbox"/>
12 au 16 juillet	<input type="checkbox"/>	9 au 13 août	<input type="checkbox"/>
19 au 23 juillet	<input type="checkbox"/>	16 au 20 août	<input type="checkbox"/>

Chandail payé? Oui Non

Montant total: _____ Montant payé: _____ Solde: _____

J'ai pris connaissance des règlements relatifs au Camp d'été «Château des tout-petits» et j'autorise mon enfant à y participer. J'accepte qu'il n'y aura pas de remboursement sauf en cas d'annulation par le personnel de l'établissement.

Nom: _____ Signature: _____ Date: _____



C.H.A.I.S.

419, Saint-Roch, bureau 22
Montréal (Québec)
H3N 1K2

Tél.: (514) 271-7563

Fax: (514) 271-3629

Date: _____ 200

Reçu de: _____

Pour: _____

La somme de: _____ $\frac{\quad}{100}$ Dollars \$

No d'organisme de bienfaisance: 87470 8597 RR0001

Reçu officiel aux fins
d'impôt sur le revenu

MERCI

Signature autorisée: _____



C.H.A.I.S.

419, Saint-Roch, bureau 22
Montréal (Québec)
H3N 1K2

Tél.: (514) 271-7563

Fax: (514) 271-3629

Date: _____ 200

Reçu de:

Received from: _____

Montant: _____ \$

Pour:

For: _____

Du:

From: _____

Au:

To: _____

Par:

By: _____

MODE DE PAIEMENT / HOW PAID		COMPTE / ACCOUNT	
Comptant Cash		Total	
Chèque Check		Dépôt Deposit	
Mandat Money order		Solde Balance due	

En cas de retard vous serez dans l'obligation de verser 0.50\$ pour chaque minute de retard.

Nom du parent: _____

Nom de l'enfant: _____

J'admet que je suis en retard de _____ minutes, et que je dois payer un montant de _____ \$.

Date: ____/____/____

Payé: _____

À payer: _____

Signature du moniteur: _____



AUCUNE EXCUSE N'EST ACCEPTABLE / AJUSTER VOTRE MONTRE AVEC LA NOTRE