

IDENTIFICATION DE L'ENFANT :

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE _____ VILLE _____ CODE POSTAL _____

TÉL. (RÉS.) _____ TÉL. (BUREAU) _____

DATE DE NAISSANCE _____ ÂGE _____ ASS. MALADIE _____ Exp. _____

COURRIEL : _____

REÇU D'IMPÔT

NOM DU PARENT _____ NO ASSURANCE SOCIALE _____

****LES CAMPS SERONT FERMÉS LE 1^{er} JUILLET*****

TYPE DE CAMP	28 juin au 2 juillet	5 au 9 juillet	12 au 16 juillet	19 au 23 juillet	26 au 30 juillet	2 au 6 août	9 au 13 août	16 au 20 août	
CAMPS THÉMATIQUES	Cuistôt <input type="checkbox"/> 176 \$	Cirque <input type="checkbox"/> 220 \$	Multi-sports <input type="checkbox"/> 220 \$	Multi-sports <input type="checkbox"/> 220 \$	Olympiades <input type="checkbox"/> 220 \$	Olympiades <input type="checkbox"/> 220 \$	Cuistôt <input type="checkbox"/> 220 \$	Cirque <input type="checkbox"/> 220 \$	
10% pour un deuxième enfant ou plus de même famille.	<input type="checkbox"/> 159 \$	<input type="checkbox"/> 198 \$	<input type="checkbox"/> 198 \$	<input type="checkbox"/> 198 \$	<input type="checkbox"/> 198 \$	<input type="checkbox"/> 198 \$	<input type="checkbox"/> 198 \$	<input type="checkbox"/> 198 \$	
SERVICE DE GARDE	<input type="checkbox"/> 28 \$	<input type="checkbox"/> 35 \$	<input type="checkbox"/> 35 \$	<input type="checkbox"/> 35 \$	<input type="checkbox"/> 35 \$	<input type="checkbox"/> 35 \$	<input type="checkbox"/> 35 \$	<input type="checkbox"/> 35 \$	
TOTAL PAR SEMAINE									
CHANDAIL Avant le 5 juin	JUNIOR	P (6-8) <input type="checkbox"/>	M (10-12) <input type="checkbox"/>	L (14-16) <input type="checkbox"/>	ADULTE	P <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	L <input type="checkbox"/>	XL <input type="checkbox"/>

GRAND TOTAL :



Payable en deux versements

1^{er} versement : ____ \$ (50% à l'inscription)

2^e versement : ____ \$ (50% daté du 5 juin 2010)

Chèque libellé à l'ordre de GVL inc.

3275 1^{ère} Rue, local 5

Saint-Hubert QC J3Y 8Y6

Nom (enfant): _____

Prénom (enfant): _____

Sexe M F Âge/ _____ Date de naissance _____
Année / mois / jour

No d'assurance-maladie: _____ Exp: _____

Nom, prénom (**mère**): _____

No de téléphone : Résidence _____ Travail : _____

Nom, prénom (**père**) _____

No de téléphone : Résidence : _____ Travail : _____

À la fin de la journée mon enfant repartira Seul Avec la mère Avec le père Autres _____

EN CAS D'URGENCE :

Nom, prénom _____

No de téléphone : 1- _____ 2- _____ Lien : _____

VOTRE ENFANT A-T-IL DES PROBLÈMES DE SANTÉ OU DES ALLERGIES MAJEURES? OUI NON

Si oui, lesquels: _____

Est-ce que votre enfant prend des médicaments: oui non Si oui, lesquels : _____

Posologie/Remarques : _____

Votre enfant sait-il nager? oui non avec flotteur

J'autorise les camps à utiliser des photos de mon enfant à des fins publicitaires; oui non

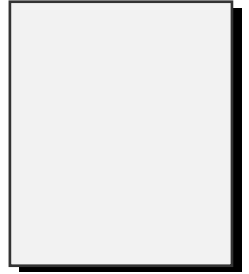
En cas d'urgence, j'autorise les gestionnaires de camps à prendre les actions nécessaires pour assurer la santé et le bien-être de mon enfant; oui non

J'affirme avoir pris connaissance que les gestionnaires de camps prévoient un remboursement pour cause médicale seulement (certificat médical à l'appui). Le remboursement sera fait en septembre 2010. Aucun remboursement ne sera fait après la date de l'activité pour une sortie manquée ou pour une suspension. oui non

Les gestionnaires de camps ne pourront être tenus responsables si des événements sont causés par des informations manquantes sur cette fiche (maladies, incapacités ou allergies).

Signature: _____

Date: _____



PHOTO