

IDENTIFICATION DU PARTICIPANT(E)

NOM _____ PRÉNOM _____ A DÉJÀ UN DOSSIER : OUI ___ NON ___

ADRESSE _____ VILLE _____ CODE POSTAL _____

TÉL. (MAISON) _____ DATE DE NAISSANCE _____ ASS. MALADIE _____ Exp. _____

COURRIER ÉLECTRONIQUE : _____ (toute la correspondance se fera par courriel)

REÇU D'IMPÔT (émis en février 2013)

(si différente de celle inscrite)

NOM DU PARENT _____ N.A.S. ____/____/____ ADRESSE _____

TYPE DE CAMP Un seul choix par semaine	3 au 6 juillet (fermé le 2 juillet)	9 au 13 juillet	16 au 20 juillet	23 au 27 juillet	30 juillet au 3 août	6 au 10 août	
CAMPS THÉMATIQUES (premier enfant) Choix 1	Science <input type="checkbox"/> 180 \$	Mini-chefs <input type="checkbox"/> 240 \$	Cirque <input type="checkbox"/> 225 \$	Arts-martiaux <input type="checkbox"/> 240 \$	Mini-chefs <input type="checkbox"/> 240 \$	Olympiades <input type="checkbox"/> 225 \$	
10% pour un deuxième enfant de la même famille	<input type="checkbox"/> 162 \$	<input type="checkbox"/> 216 \$	<input type="checkbox"/> 202 \$	<input type="checkbox"/> 216 \$	<input type="checkbox"/> 216 \$	<input type="checkbox"/> 202 \$	
CAMPS THÉMATIQUES (premier enfant) Choix 2	Danse <input type="checkbox"/> 180 \$	Multisports <input type="checkbox"/> 225 \$	Théâtre <input type="checkbox"/> 225 \$	Danse <input type="checkbox"/> 225 \$	Multisports <input type="checkbox"/> 225 \$	Théâtre <input type="checkbox"/> 225 \$	
10% pour un deuxième enfant de la même famille	<input type="checkbox"/> 162 \$	<input type="checkbox"/> 202 \$	<input type="checkbox"/> 202 \$	<input type="checkbox"/> 202 \$	<input type="checkbox"/> 202 \$	<input type="checkbox"/> 202 \$	
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 \$	
TOTAL PAR SEMAINE							
Chandail Avant le 4 juin	JUNIOR S(6-8) <input type="checkbox"/>	JUNIOR M(10-12) <input type="checkbox"/>	JUNIOR L(14-16) <input type="checkbox"/>	ADULTE PETIT <input type="checkbox"/>	ADULTE MOYEN <input type="checkbox"/>	ADULTE LARGE <input type="checkbox"/>	ADULTE X-LARGE <input type="checkbox"/>

Grand total :

Paiement complet par carte de crédit (Mastercard ou Visa)

Numéro ____/____/____/____ Exp. ____/____

MODALITÉS DE PAIEMENT

Chèque à l'ordre de GVL inc. (nom de l'enfant et secteur au verso).

Payable en deux versements (par chèques seulement)

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

2^e versement (50% daté du 5 juin 2012) _____ \$

ASSURANCES :

Les participants aux activités récréatives sont invités à se munir d'une police d'assurance accident personnelle, AES n'étant pas responsable des blessures encourues lors des activités.

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 _____

PHOTO

EN CAS D'URGENCE :

Nom, prénom _____

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

VOTRE ENFANT A-T-IL DES PROBLÈMES DE SANTÉ OU DES ALLERGIES? 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 2012** 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: _____