

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 Un seul choix par semaine	27 au 30 juin	4 au 8 juillet	11 au 15 juillet	18 au 22 juillet	25 au 29 juillet	1 au 5 août
CAMPS THÉMATIQUES (premier enfant) Choix 1	Olympiades <input type="checkbox"/> 180 \$	Mini-chefs <input type="checkbox"/> 235 \$	Arts martiaux <input type="checkbox"/> 240 \$	Cirque <input type="checkbox"/> 225 \$	Olympiades <input type="checkbox"/> 225 \$	Cirque <input type="checkbox"/> 225 \$
10% pour un deuxième enfant ou plus de même famille.	<input type="checkbox"/> 162 \$	<input type="checkbox"/> 202 \$	<input type="checkbox"/> 216 \$	<input type="checkbox"/> 202 \$	<input type="checkbox"/> 202 \$	<input type="checkbox"/> 202 \$
CAMPS THÉMATIQUES (premier enfant) Choix 2	Danse <input type="checkbox"/> 180 \$	Théâtre <input type="checkbox"/> 225 \$	Danse <input type="checkbox"/> 225 \$	Multisport <input type="checkbox"/> 225 \$	Théâtre <input type="checkbox"/> 225 \$	Multisport <input type="checkbox"/> 225 \$
10% pour un deuxième enfant ou plus de 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 5 juin	JUNIOR	P (6-8)	M (10-12)	L (14-16)	ADULTE	P	M	L	XL
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

GRAND TOTAL :

\$

Payable en deux versements

1^{er} versement : ____ \$ (50% à l'inscription)
 2^e versement : ____ \$ (50% daté du 5 juin 2011)

Chèque libellé à l'ordre de GVL inc.
 3275 1^{ère} Rue, local 5
 Saint-Hubert QC J3Y 8Y6

Paiement complet par carte de crédit

VISA _____
 EXP. _____ (m/année)
 M/C _____
 EXP. _____ (m/année)

Nom (enfant): _____

Prénom (enfant): _____

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

No d'assurance-maladie: _____ Exp: _____

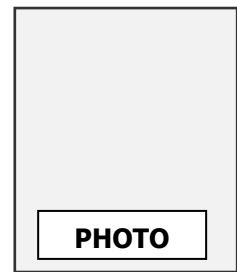
Nom, prénom (mère): _____

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? 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 flotteurs

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 2011.** 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: _____