

(VEUILLEZ REMPLIR EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)

INFORMATION SUR LA FAMILLE :	
PHOTO DE VOTRE ENFANT OBLIGATOIRE LORS DE L'INSCRIPTION	ENFANT : _____, _____ <small>NOM DE FAMILLE PRÉNOM</small>
	DATE DE NAISSANCE : ____ / ____ / ____ ÂGE: ____ ans <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <small>JJ MM AA</small>
	LANGUES PARLÉES : <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Autre : _____
	ADRESSE : _____ <small>NUM. RUE APP. VILLE ET CODE POSTAL</small>
	VOTRE ENFANT A-T-IL SUIVI DES COURS DE NATATION ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON DERNIER NIVEAU RÉUSSI ? _____ OÙ LES A-T-IL PRIS ? _____
MÈRE : _____, _____ <small>NOM DE FAMILLE PRÉNOM</small>	
TÉL. MAISON : (____) _____ TÉL. TRAVAIL : (____) _____ POSTE : _____	
CELL: (____) _____ COURRIEL : _____	
PÈRE : _____, _____ <small>NOM DE FAMILLE PRÉNOM</small>	
TÉL. MAISON : (____) _____ TÉL. TRAVAIL : (____) _____ POSTE : _____	
CELL: (____) _____ COURRIEL : _____	

PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE AUTRES QUE LES PARENTS :	
1. NOM :	LIEN AVEC L'ENFANT :
TÉL. MAISON :(____) _____	TÉL. TRAVAIL :(____) _____
	POSTE : _____ AUTRE :(____) _____
2. NOM :	LIEN AVEC L'ENFANT :
TÉL. MAISON :(____) _____	TÉL. TRAVAIL :(____) _____
	POSTE : _____ AUTRE :(____) _____

REÇU POUR FINS D'IMPÔT	
VEUILLEZ INDIQUER LE NOM DU PAYEUR. IL/ELLE RECEVRA LE REÇU POUR FINS D'IMPÔT.	
NOM : _____	N.A.S. : _____

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX :

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE :

NUMÉRO

DATE D'EXPIRATION

Votre enfant a-t-il des problèmes de santé ?

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Épilepsie | <input type="checkbox"/> Hémophilie | <input type="checkbox"/> Troubles d'audition | <input type="checkbox"/> Diabète |
| <input type="checkbox"/> Hyperactivité | <input type="checkbox"/> Déficit d'attention | <input type="checkbox"/> Incontinence | <input type="checkbox"/> Troubles de vision |
| <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Troubles d'élocution | <input type="checkbox"/> Allergies, spécifiez : _____ | |

Autre, veuillez spécifier : _____

Votre enfant prend-il des médicaments ? Oui Non

Si oui, lesquels ? _____

Votre enfant doit-il avoir un EpiPen ? Oui Non

Y'a-t-il d'autres facteurs relevant de l'état physique ou émotif que vous aimeriez nous faire connaître ?

J'AUTORISE LES PERSONNES RESPONSABLES DE MON ENFANT À PRENDRE LES MESURES NÉCESSAIRES EN CAS D'URGENCE.

SIGNATURE DU PARENT

DATE

PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER MON ENFANT :

MÈRE PÈRE

AUTRE :

1. NOM : _____ LIEN AVEC L'ENFANT : _____

TÉL. MAISON : (____) _____ TÉL. TRAVAIL : (____) _____ POSTE : _____ AUTRE : (____) _____

2. NOM : _____ LIEN AVEC L'ENFANT : _____

TÉL. MAISON : (____) _____ TÉL. TRAVAIL : (____) _____ POSTE : _____ AUTRE : (____) _____

NON AUTORISÉE* : NOM : _____ LIEN AVEC L'ENFANT : _____

* Si la personne non autorisée est l'autre parent, un document du tribunal doit être soumis.

AUTORISATION POUR PROMOTION ET PUBLICITÉ :

Je suis avisé(e) que les camps de jour des YMCA du Québec produisent du matériel promotionnel (vidéo, photos) dans lequel mon enfant pourrait être inclus.

J'accepte

Je refuse

SIGNATURE

DATE

AUTORISATION POUR LES SORTIES :

À moins d'un avis écrit contraire de ma part, j'autorise, par les présentes, le camp de jour des YMCA du Québec à faire participer aux sorties et à toutes les activités qui s'y rattachent l'enfant dont le nom est mentionné précédemment.

SIGNATURE

DATE

GUIDE D'INFORMATION CAMP DE JOUR PRÉSCOLAIRE POUR LE PARENT :

Je déclare par la présente avoir reçu le guide du parent des camps de jour des YMCA du Québec.

SIGNATURE

DATE

COMMENT AVEZ-VOUS ENTENDU PARLER DE NOTRE CAMP DE JOUR ?

Ami

Ancien campeur

Affiche

Bannière

Foire des camps

École

Internet, veuillez spécifier : _____

Annonce

Autre

POLITIQUE ACCÈS POUR TOUS :

Les YMCA du Québec ont instauré une formule de tarification souple permettant à toute personne admissible de bénéficier d'un tarif réduit applicable sur la plupart des services offerts. Pour tous les détails, n'hésitez pas de vous adresser à un préposé à l'accueil ou visitez le www.ymcaquebec.org

GROUPES D'ÂGE	RÉDUCTIONS
<input type="checkbox"/> 2½ – 3½ ANS <input type="checkbox"/> 3½ – 5 ANS * * Possibilité de journée complète. Veuillez remplir le formulaire d'inscription pour journée complète.	<ul style="list-style-type: none"> • 10% de réduction au 2^e, 3^e et 4^e enfant d'une même famille. • 15% de réduction pour titulaires d'un abonnement Famille. • Ces réductions ne peuvent être combinées.

La date limite d'inscription pour chaque semaine de camp est le mercredi précédant la semaine pour laquelle vous inscrivez votre enfant. Après cette date, veuillez contacter le responsable du camp de jour.

SEMAINES DE CAMP – 109 \$ / sem. 9 h à 13 h	DATE DES PAIEMENTS POSTDATÉS	CHÈQUES REÇUS – à l'usage interne seulement.
<input type="checkbox"/> 1. 25 juin – 29 juin	13 juin	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 2. 2 juillet – 6 juillet	20 juin	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 3. 9 juillet – 13 juillet	27 juin	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 4. 16 juillet – 20 juillet	4 juillet	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 5. 23 juillet – 27 juillet	11 juillet	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 6. 30 juillet – 3 août	18 juillet	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 7. 6 août – 10 août	25 juillet	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 8. 13 août – 17 août	1 août	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 9. 20 août – 24 août	8 août	<input type="checkbox"/>

Vous pouvez, selon le nombre de places disponibles, changer la semaine réservée ; toutefois, des frais de 10 \$ s'appliqueront à tout changement apporté après le 1^{er} juin.

PAIEMENT

- Des frais de réservation de 15 \$ par semaine sont exigés au moment de l'inscription. Ces frais seront soustraits du total de la somme due. **En cas d'annulation, ces frais ne sont pas remboursables.**
- Le solde des paiements peut être **postdaté 12 jours avant (le mercredi)** la semaine pour laquelle vous inscrivez votre enfant. Ces paiements postdatés doivent être remis au moment de l'inscription.
- Si vous payez par chèque(s), veuillez le(s) faire au nom du centre où vous inscrivez votre enfant.
- Des frais de 15 \$ s'appliquent sur tout paiement sans provision.
- Des frais de 10 \$ s'appliquent à tout changement apporté après le 1^{er} juin.

REMBOURSEMENT / ANNULATION

- Un remboursement complet, moins les frais de réservation de 15 \$, peut être accordé sous réserve **d'une demande d'annulation écrite** reçue **avant midi le lundi précédant (une semaine à l'avance)** le début de la semaine inscrite. Aucun remboursement ne sera accordé sans la demande d'annulation écrite.
- **Aucune annulation ou modification ne peut être acceptée par téléphone.**
- L'absence à une ou plusieurs journées ne constitue pas un retrait du programme. Aucun remboursement ne sera accordé pour ces journées.

SIGNATURE

DATE