



CAMP DE JOUR 2013

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

IDENTIFICATION DE L'ENFANT

Prénom	<input type="text"/>	Date de naissance	<input type="text"/>
Nom	<input type="text"/>	Âge	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>	Langue fréquemment parlée	Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/>
Ville	<input type="text"/>	Habilité à nager :	
Code postal	<input type="text"/>		Nage avec aisance <input type="checkbox"/> Nage avec difficulté <input type="checkbox"/> Ne sait pas nager <input type="checkbox"/>
# Ass. Maladie	<input type="text"/>	Besoin d'un objet flottant	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Maladies allergies medication	<input type="text"/>
-------------------------------	----------------------

COORDONNÉES DU PÈRE

Prénom	<input type="text"/>
Nom	<input type="text"/>
Cocher si même adresse que l'enfant <input type="checkbox"/>	
Adresse	<input type="text"/>
Ville	<input type="text"/>
Code postal	<input type="text"/>
Tél. résidence	<input type="text"/>
Tél. travail	<input type="text"/>
Tél. cellulaire	<input type="text"/>

COORDONNÉES DE LA MÈRE

Prénom	<input type="text"/>
Nom	<input type="text"/>
Cocher si même adresse que l'enfant <input type="checkbox"/>	
Adresse	<input type="text"/>
Ville	<input type="text"/>
Code postal	<input type="text"/>
Tél. résidence	<input type="text"/>
Tél. travail	<input type="text"/>
Tél. cellulaire	<input type="text"/>

**PERSONNE À JOINDRE
EN CAS D'URGENCE**
(AUTRE QUE LES PARENTS)

Nom

Tél. résidence

Tél. travail

Tél. cellulaire

**AUTORISATION À QUITTER
LE CAMP DE JOUR**

Toute personne autorisée à venir chercher l'enfant

Mon enfant est autorisé à partir à pied/vélo

Oui

Non

CAMP DE JOUR

ETÉ COMPLET

BLOC 4 SEMAINES
(indiquer les semaines)

À LA SEMAINE

SEMAINE 1
25 au 28 juin

SEMAINE 2
1^{er} au 5 juillet

SEMAINE 3
8 au 12 juillet

SEMAINE 4
15 au 19 juillet

SEMAINE 5
22 au 26 juillet

SEMAINE 6
29 juillet au 2 août

SEMAINE 7
5 au 9 août

SEMAINE 8
12 au 16 août

SERVICE DE SURVEILLANCE

ETÉ COMPLET

BLOC 4 SEMAINES
(indiquer les semaines)

À LA SEMAINE

SEMAINE 1
25 au 28 juin

SEMAINE 2
1^{er} au 5 juillet

SEMAINE 3
8 au 12 juillet

SEMAINE 4
15 au 19 juillet

SEMAINE 5
22 au 26 juillet

SEMAINE 6
29 juillet au 2 août

SEMAINE 7
5 au 9 août

SEMAINE 8
12 au 16 août

Total

Libeller votre chèque au nom : CORPORATION DES LOISIRS DU CANTON DE HATLEY
CANTON DE HATLEY
135, rue Main
North Hatley (Québec) J0B 2C0

****POUR LES PRIX, CONSULTER LA GRILLE TARIFAIRE**

Nom du parent payeur pour fins d'impôt

assurance sociale

AUTORISATION - PHOTOS

Cet été, nous allons prendre des photos de votre (vos) enfant(s) lors d'activités ou de sorties.

J'autorise la municipalité du Canton de Hatley à prendre des photographies de mon (mes) enfant(S)

Oui

Non

J'autorise la municipalité du Canton de Hatley à utiliser ces photographies sur son site internet et/ou programmation/publicité

Oui

Non

La municipalité du Canton de Hatley s'interdit de procéder à une exploitation des photographies pouvant porter atteinte à la vie privée ou à la réputation.

Nom des enfants : _____

Signature du parent/tuteur : _____

Date : _____

