

PARENT(S)	
Nom et prénom du parent 1	Téléphone principal _____ - _____ - _____
Téléphone secondaire _____ - _____ - _____	Adresse courriel
Nom et prénom du parent 2	Téléphone principal _____ - _____ - _____
Téléphone secondaire _____ - _____ - _____	Adresse courriel
Adresse postale complète	

PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT EN TOUT TEMPS		
Nom : _____	Tél. : _____ - _____ - _____	Lien avec l'enfant : _____
Nom : _____	Tél. : _____ - _____ - _____	Lien avec l'enfant : _____

ENFANT				
Nom	Prénom	Allergies, problèmes de santé ou diagnostic (DTAH, TSA...)		
Autorisation de quitter le camp de jour seul <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date de naissance ____/____/____ AAAA MM JJ	Âge	Sexe	Niveau scolaire
Numéro d'assurance maladie	Date d'expiration	Groupe <input type="checkbox"/> 6-9 ans <input type="checkbox"/> 10-12 ans		
Semaines choisies				
<input type="checkbox"/> 1-Semaine du 25 juin <input type="checkbox"/> 2-Semaine du 1 juillet <input type="checkbox"/> 3-Semaine du 8 juillet <input type="checkbox"/> 4-Semaine du 15 juillet <input type="checkbox"/> 5-Semaine du 22 juillet <input type="checkbox"/> 6-Semaine du 29 juillet <input type="checkbox"/> 7-Semaine du 5 août <input type="checkbox"/> 8-Semaine du 12 août				

ENFANT				
Nom	Prénom	Allergies, problèmes de santé ou diagnostic (DTAH, TSA...)		
Autorisation de quitter le camp de jour seul <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date de naissance ____/____/____ AAAA MM JJ	Âge	Sexe	Niveau scolaire
Numéro d'assurance maladie	Date d'expiration	Groupe <input type="checkbox"/> 6-9 ans <input type="checkbox"/> 10-12 ans		
Semaines choisies				
<input type="checkbox"/> 1-Semaine du 25 juin <input type="checkbox"/> 2-Semaine du 1 juillet <input type="checkbox"/> 3-Semaine du 8 juillet <input type="checkbox"/> 4-Semaine du 15 juillet <input type="checkbox"/> 5-Semaine du 22 juillet <input type="checkbox"/> 6-Semaine du 29 juillet <input type="checkbox"/> 7-Semaine du 5 août <input type="checkbox"/> 8-Semaine du 12 août				

ENFANT				
Nom	Prénom	Allergies, problèmes de santé ou diagnostic (DTAH, TSA...)		
Autorisation de quitter le camp de jour seul <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date de naissance ____/____/____ AAAA MM JJ	Âge	Sexe	Niveau scolaire
Numéro d'assurance maladie	Date d'expiration	Groupe <input type="checkbox"/> 6-9 ans <input type="checkbox"/> 10-12 ans		
Semaines choisies				
<input type="checkbox"/> 1-Semaine du 25 juin <input type="checkbox"/> 2-Semaine du 1 juillet <input type="checkbox"/> 3-Semaine du 8 juillet <input type="checkbox"/> 4-Semaine du 15 juillet <input type="checkbox"/> 5-Semaine du 22 juillet <input type="checkbox"/> 6-Semaine du 29 juillet <input type="checkbox"/> 7-Semaine du 5 août <input type="checkbox"/> 8-Semaine du 12 août				

PAIEMENT

Semaine 1	16 \$	X	<input type="text"/>	=	<input type="text"/>
Semaines choisies	24 \$	X	<input type="text"/>	=	<input type="text"/>
Service de garde	8 \$	X	<input type="text"/>	=	<input type="text"/>
MONTANT TOTAL					<input type="text"/>

Paiement : _____
Date : _____
<input type="checkbox"/> Comptant <input type="checkbox"/> Chèque # _____
Reçu par : _____

Paiement : _____
Date : _____
<input type="checkbox"/> Comptant <input type="checkbox"/> Chèque # _____
Reçu par : _____

Paiement : _____
Date : _____
<input type="checkbox"/> Comptant <input type="checkbox"/> Chèque # _____
Reçu par : _____

Paiement : _____
Date : _____
<input type="checkbox"/> Comptant <input type="checkbox"/> Chèque # _____
Reçu par : _____

CETTE PARTIE DOIT ÊTRE REMPLIE ENTIÈREMENT PAR LE PARENT

AUTORISATIONS DE PRISE DE PHOTOS /VIDÉOS

J'autorise, par la présente Le Relais familial d'Auteuil à prendre des photos ou vidéos de mon enfant, dans le cadre des activités de l'organisme. Ces photos/vidéos pourront être publiées dans les différents outils de communication et réseaux sociaux du Relais et demeureront la propriété du Relais uniquement.

AUTORISATION POUR APPLIQUER DE LA CRÈME SOLAIRE

J'autorise, par la présente, le camp de jour du Relais familial d'Auteuil à appliquer sur mon enfant de la crème solaire que j'ai moi-même achetée.

AUTORISATION POUR MESURES D'URGENCE

J'autorise les employés du Relais familial d'Auteuil à prendre les dispositions nécessaires quant à la santé de mon enfant en cas d'urgence.

SIGNATURE DU PARENT RESPONSABLE

Par cette signature, je certifie avoir pris connaissance des directives de camp de jour du Relais familial d'Auteuil.

AUTORISATION POUR LES DÉPLACEMENTS

J'autorise le Relais familial d'Auteuil à faire participer mon enfant aux différentes activités réalisées dans le cadre du camp d'été. Je suis informé(e) que celui-ci sera amené à faire des sorties aux parcs et à la piscine lorsque la température le permet. Lors des sorties de groupe, mon enfant est autorisé à utiliser les transports en commun.

AUTORISATION POUR LA BAIGNADE

Mon enfant peut se baigner sans ceinture de sécurité dans la piscine?

OUI NON

1. Le gilet de sauvetage fourni à l'enfant est fourni par la piscine, donc conforme aux normes de sécurité.
2. Si aucun gilet de sauvetage n'est disponible pour l'enfant non autorisé à se baigner sans ceinture, il ne pourra se baigner et restera à l'extérieur de l'eau avec un animateur.

*L'organisme le Relais familial d'Auteuil, les animatrices, la coordonnatrice et les employés, ainsi que les membres du conseil d'administration et les bénévoles ne pourront être tenus responsables d'accidents découlant des activités du camp de jour.

*L'organisme se donne le droit de mettre fin à l'inscription d'un enfant qui n'est pas en mesure de suivre le groupe ou présente des comportements nuisibles pour le groupe et lui-même.

Commentaires ou information dont vous souhaitez faire part à l'équipe du camp de jour :

.....

.....

.....

.....

.....

Signature du parent

_____/_____/_____
(JJ/MM/AAAA)