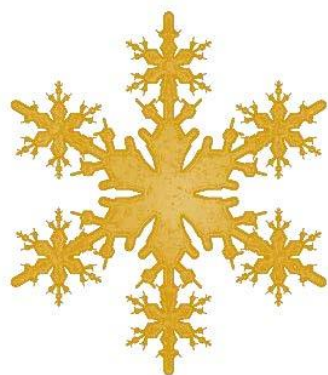


Formulaire d'inscription

Camp de jour la Relâche

4 au 8 mars 2019

Inscription dès le 3 décembre – Places limitées



LOISIRS
des
Hauts-Sentiers

En collaboration avec la

VILLE DE
QUÉBEC
Arrondissement de
La Haute-Saint-Charles

1. Renseignements sur l'identité des parents ou du tuteur

Nom (Parent1)		Prénom (Parent1)	
Adresse (numéro, rue, appartement)			
Ville	Province	Code postal	Courriel
Téléphone (domicile)	Téléphone (travail)		Téléphone (cellulaire)
* Si même adresse inscrire IDEM			
Nom (Parent2)		Prénom (Parent2)	
Adresse (numéro, rue, appartement)			
Ville	Province	Code postal	Courriel
Téléphone (domicile)	Téléphone (travail)		Téléphone (cellulaire)

2. Relevé 24 (Frais de garde)

Aux fins de déductions fiscales, indiquer le numéro d'assurance sociale et le nom du parent qui réclamera le crédit.	Nom du parent payeur	N° d'assurance sociale
---	----------------------	------------------------

3-A Identification de l'enfant

Nom de famille (enfant1)	Prénom (enfant1)	
Numéro d'assurance maladie	Date d'expiration (aaaa-mm)	Date de Naissance (aaaa-mm-)

Données médicales

Votre enfant a-t-il une particularité médicale? Oui Non

Si oui, précisez :

<input type="checkbox"/> Asthme	<input type="checkbox"/> Diabète	<input type="checkbox"/> Épilepsie	<input type="checkbox"/> Trouble de langage
<input type="checkbox"/> Trouble de comportement	<input type="checkbox"/> Trouble cardiaque	<input type="checkbox"/> Trouble sanguin	<input type="checkbox"/> Trouble de l'ouïe
<input type="checkbox"/> Déficience, précisez :	<input type="checkbox"/> Allergie, précisez :		

Autre information pertinente à connaître :

Votre enfant possède-t-il un système d'injection adrénaline en cas d'urgence (*ÉpiPen*, *Twinject* ou autres)? Oui Non
L'enfant doit toujours avoir son auto-injecteur avec lui dans un sac prévu à cet effet.

Votre enfant prend-il des médicaments? Non Oui **Si oui, spécifiez :**
Si notre personnel doit administrer un médicament à votre enfant, assurez-vous de signer l'autorisation d'administration de médicament.

Activité du jeudi 7 mars au RÉCRÉOFUN votre enfant doit faire un choix entre :

La Trampoline bungee (un saut) / Le Goûter sucré-salé (slush et popcorn) / Ne s'applique pas – Non inscrit le jeudi 7 mars

3-B Identification de l'enfant

Nom de famille (enfant1)		Prénom (enfant1)	
Numéro d'assurance maladie	Date d'expiration (aaaa-mm)	Date de Naissance (aaaa-mm-j)	
Données médicales			
Votre enfant a-t-il une particularité médicale? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, précisez :			
<input type="checkbox"/> Asthme	<input type="checkbox"/> Diabète	<input type="checkbox"/> Épilepsie	<input type="checkbox"/> Trouble de langage
<input type="checkbox"/> Trouble de comportement	<input type="checkbox"/> Trouble cardiaque	<input type="checkbox"/> Trouble sanguin	<input type="checkbox"/> Trouble de l'ouïe
<input type="checkbox"/> Déficience, précisez :	<input type="checkbox"/> Allergie, précisez :		
Autre information pertinente à connaître :			
Votre enfant possède-t-il un système d'injection adrénaline en cas d'urgence (<i>ÉpiPen</i> , <i>Twinject</i> ou autres)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non L'enfant doit toujours avoir son auto-injecteur avec lui dans un sac prévu à cet effet.			
Votre enfant prend-il des médicaments? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, spécifiez : Si notre personnel doit administrer un médicament à votre enfant, assurez-vous de signer l'autorisation d'administration de médicament.			
Activité du jeudi 7 mars au RÉCRÉOFUN votre enfant doit faire un choix entre :			
<input type="checkbox"/> La Trampoline bungee (un saut) / <input type="checkbox"/> Le Goûter sucré-salé (slush et popcorn) / <input type="checkbox"/> Ne s'applique pas – Non inscrit le jeudi 7 mars			

3-C Identification de l'enfant

Nom de famille (enfant1)		Prénom (enfant1)	
Numéro d'assurance maladie	Date d'expiration (aaaa-mm)	Date de Naissance (aaaa-mm-j)	
Données médicales			
Votre enfant a-t-il une particularité médicale? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, précisez :			
<input type="checkbox"/> Asthme	<input type="checkbox"/> Diabète	<input type="checkbox"/> Épilepsie	<input type="checkbox"/> Trouble de langage
<input type="checkbox"/> Trouble de comportement	<input type="checkbox"/> Trouble cardiaque	<input type="checkbox"/> Trouble sanguin	<input type="checkbox"/> Trouble de l'ouïe
<input type="checkbox"/> Déficience, précisez :	<input type="checkbox"/> Allergie, précisez :		
Autre information pertinente à connaître :			
Votre enfant possède-t-il un système d'injection adrénaline en cas d'urgence (<i>ÉpiPen</i> , <i>Twinject</i> ou autres)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non L'enfant doit toujours avoir son auto-injecteur avec lui dans un sac prévu à cet effet.			
Votre enfant prend-il des médicaments? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, spécifiez : Si notre personnel doit administrer un médicament à votre enfant, assurez-vous de signer l'autorisation d'administration de médicament.			
Activité du jeudi 7 mars au RÉCRÉOFUN votre enfant doit faire un choix entre :			
<input type="checkbox"/> La Trampoline bungee (un saut) / <input type="checkbox"/> Le Goûter sucré-salé (slush et popcorn) / <input type="checkbox"/> Ne s'applique pas – Non inscrit le jeudi 7 mars			

4. Départ de l'enfant à 16h

<input type="checkbox"/> J'AUTORISE mon enfant à quitter SEUL (SI NON, avec qui est-il autorisé à quitter le site (autre que la mère ou le père)?)	
Nom et prénom	Nom et prénom

Voir verso de la feuille

5. Autres personnes à joindre en cas d'urgence ou en l'absence des parents

Nom	Prénom
Téléphone	Cellulaire
S'agit-il : <input type="checkbox"/> D'un parent <input type="checkbox"/> D'un ami <input type="checkbox"/> D'un voisin <input type="checkbox"/> Autre (spécifiez) :	
Nom	Prénom
Téléphone	Cellulaire
S'agit-il : <input type="checkbox"/> D'un parent <input type="checkbox"/> D'un ami <input type="checkbox"/> D'un voisin <input type="checkbox"/> Autre (spécifiez) :	

6. Choix du Camp de la Relâche par enfant

<input type="checkbox"/> Secteur St-Émile <input type="checkbox"/> Secteur Lac St-Charles	
A – À la journée : <input type="checkbox"/> 4 mars (40 \$) <input type="checkbox"/> 5 mars (40 \$) <input type="checkbox"/> 6 mars (40 \$) <input type="checkbox"/> 7 mars (40 \$) <input type="checkbox"/> 8 mars (40 \$) Semaine complète : <input type="checkbox"/> 5 jrs : 4 au 8 mars 2019 (140 \$)	Montant *** Avant 14 janvier : (35 \$) / (130 \$)
B – À la journée : <input type="checkbox"/> 4 mars (40 \$) <input type="checkbox"/> 5 mars (40 \$) <input type="checkbox"/> 6 mars (40 \$) <input type="checkbox"/> 7 mars (40 \$) <input type="checkbox"/> 8 mars (40 \$) Semaine complète : <input type="checkbox"/> 5 jrs : 4 au 8 mars 2019 (140 \$)	Montant *** Avant 14 janvier : (35 \$) / (130 \$)
C – À la journée : <input type="checkbox"/> 4 mars (40 \$) <input type="checkbox"/> 5 mars (40 \$) <input type="checkbox"/> 6 mars (40 \$) <input type="checkbox"/> 7 mars (40 \$) <input type="checkbox"/> 8 mars (40 \$) Semaine complète : <input type="checkbox"/> 5 jrs : 4 au 8 mars 2019 (140 \$)	Montant *** Avant 14 janvier : (35 \$) / (130 \$)
Horaire des activités : (9 h à 16 h) Surveillance animée : (7 h à 9 h & 16 h à 18 h)	Montant total :
FAIRE VOTRE CHÈQUE À L'ORDRE DES LOISIRS DES HAUTS-SENTIERS . RETOURNEZ CELUI-CI ACCOMPAGNÉ DE CE FORMULAIRE COMPLÉTÉ À NOS BUREAUX : 530-1, RUE DELAGE, QUÉBEC, QC G3G 1J2	

7. Autorisations et Signature

Il est important de **COCHER** les différentes cases ci-bas (autorisations) et d'apposer votre signature dans le bas.
 Un formulaire incomplet sera retourné par la poste, sans aucune priorité de place.

<input type="checkbox"/> J'AUTORISE Loisirs des Hauts-Sentiers à diffuser, pour des raisons de sécurité, à tout le personnel en contact avec mon enfant, l'information contenue dans la présente fiche et, en cas d'urgence (accident ou maladie subite), à prendre les mesures nécessaires pour dispenser les premiers soins et veiller au transport de mon enfant jusqu'au lieu de traitement, si cela s'avère nécessaire. Le transport vers un centre hospitalier est aux frais du parent.	
<input type="checkbox"/> J'AUTORISE Loisirs des Hauts-Sentiers à se déplacer avec mon enfant, que ce soit dans le cadre des déplacements journaliers ou des sorties prévues au calendrier des activités. Les déplacements sont généralement effectués par autobus.	
<input type="checkbox"/> J'AUTORISE Loisirs des Hauts-Sentiers à photographier mon enfant dans le cadre des activités régulières, des sorties prévues au calendrier ou dans le cadre des activités du Camp des fêtes, d'exposer ou de publier ces photos à des fins d'information ou de promotion.	
<input type="checkbox"/> Je certifie avoir lu et compris l'information demandée et avoir fourni les renseignements exigés de façon exacte et complète. J'accepte les modalités d'inscriptions, de remboursement spécifié dans la publicité ainsi que sur le site Internet des Loisirs des Hauts-Sentiers. Je certifie avoir lu et accepter les modalités d'inscription (disponible sur le site Internet www.l DHS.ca).	
Signature du parent	Date (aaaa-mm-jj)