



S.V.P. ÉCRIRE EN LETTRES MAJUSCULES

IDENTIFICATION DE L'ENFANT

| | |
|--|----------|
| Nom : | Prénom : |
| Date de naissance : _____ / _____ / _____ <small> Jour Mois Année</small> | |

AUTORISATION PARENTALE

J'autorise le camp de jour à prendre les dispositions nécessaires relativement à la santé de mon enfant au cas où il serait impossible de me joindre ou en cas de force majeure.

Problème(s) de santé connu(s) : _____

Allergies : _____ Traitements : _____

Numéro d'assurance maladie : _____ Expiration : _____

Signature du parent ou tuteur : _____

AUTORITÉ PARENTALE OU PERSONNE RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom de la personne responsable de l'enfant : _____ Lien avec l'enfant : _____

Adresse : _____ Tél. résidence : _____

_____ Tél. cellulaire : _____

Adresse de courriel : _____

PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

| 1 ^{ère} PERSONNE | | 2 ^e PERSONNE | |
|---------------------------|-------|-------------------------|-------|
| Nom, prénom : | _____ | Nom, prénom : | _____ |
| Adresse : | _____ | Adresse : | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| Tél. : | _____ | Tél. : | _____ |
| Cel. : | _____ | Cel. : | _____ |

PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT

1^{ère} PERSONNE

2^e PERSONNE

Nom, prénom : _____

Nom, prénom : _____

Adresse : _____

Adresse : _____

Tél. : _____ Cel. : _____

Tél. : _____ Cel. : _____

FRÉQUENTATION AU CAMP DE JOUR

Cochez les semaines où votre enfant fréquentera le camp de jour :

15 au 19 juin

22 au 26 juin

29 juin au 3 juillet

6 au 10 juillet

13 au 17 juillet

20 au 24 juillet

27 au 31 juillet

Frais : 20\$/semaine (seulement camp de jour)

15\$/jour (camp de jour et service de garde)

FRÉQUENTATION AU SERVICE DE GARDE

Cochez le ou les moments de la journée où votre enfant fréquentera le service de garde :

Jamais

7h30 à 9h00

12h00 à 13h00

16h00 à 17h30

SECTION RÉSERVÉE AU CAMP DE JOUR

DATE D'ADMISSION AU CAMP DE JOUR

NOM DU RESPONSABLE

_____/_____/_____
Jour Mois Année
