



FICHE D'INSCRIPTION ET DE SANTÉ

Des copies de la fiche d'inscription et de santé sont aussi disponibles sur le site Internet de la Ville ou à la réception de l'hôtel de ville.

PARTICIPANT			N° de Carte loisirs (obligatoire) :	
Nom		Prénom		Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Date de naissance	JOUR	MOIS	ANNÉE	
Adresse principale			Code postal	
Tél. résidence		Tél. cellulaire		Tél. bureau
Courriel		No ass. maladie		Expiration

T-SHIRT GRATUIT (camps réguliers et sorties en folie seulement)				
<input type="checkbox"/> Très petit (3-5)	<input type="checkbox"/> Petit (6-8)	<input type="checkbox"/> Moyen (10-12)	<input type="checkbox"/> Grand (14-16)	

Pour l'inscription d'un participant de 17 ans et moins, veuillez indiquer les coordonnées des parents dans la section ci-dessous.

MÈRE			N° de Carte loisirs :	
Nom		Prénom		
Adresse du parent si différente de l'enfant				Code postal
Date de naissance	JOUR :	MOIS :	ANNÉE :	Courriel
Tél. résidence		Tél. cellulaire		Tél. bureau

PÈRE			N° de Carte loisirs :	
Nom		Prénom		
Adresse du parent si différente de l'enfant				Code postal
Date de naissance	JOUR :	MOIS :	ANNÉE :	Courriel
Tél. résidence		Tél. cellulaire		Tél. bureau

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX DU PARTICIPANT

- 1- Le participant souffre-t-il de maladies ou troubles particuliers (asthme, diabète, etc.)? Oui Non
Précisez : _____
Si oui, un diagnostic a-t-il été établi par un professionnel de la santé? Oui Non
- 2- Le participant prend-il des médicaments? Oui Non
Précisez : _____
- 3- Le participant a-t-il une dose d'adrénaline (Epipen) en raison d'allergies? Oui Non
Précisez les allergies : _____
- 4- Le participant a-t-il besoin d'un encadrement spécifique (au camp de jour ou à l'école) relié à son état de santé ou à son trouble ou son comportement observé?
 Oui Non Précisez : _____
- 5- Votre enfant doit-il porter une veste ou un ballon de flottaison lorsqu'il va à la piscine? (Camp de jour) Oui Non
Précisez : _____

6- EN CAS D'URGENCE (2 PERSONNES AUTRES QUE LES PARENTS) :

Nom de la personne à joindre _____ Lien avec le participant : _____
Tél. résidence : _____ Tél. cellulaire : _____ Tél. bureau : _____
Nom de la personne à joindre _____ Lien avec le participant : _____
Tél. résidence : _____ Tél. cellulaire : _____ Tél. bureau : _____

- 7- À la fin de la journée, l'enfant peut quitter SEUL : Oui Non
*Spécifiez votre mot de passe (OBLIGATOIRE pour le camp de jour) _____
Vous devrez mentionner ce mot de passe chaque fois que vous irez chercher votre enfant au camp de jour.



FICHE D'INSCRIPTION ET DE SANTÉ (suite)

INFORMATIONS OBLIGATOIRES pour les camps de jour (information confidentielle)

Veuillez indiquer le nom de la personne qui réclame les frais de garde sur la déclaration fiscale (**Relevé 24**)

Si les deux parents réclament les frais de garde, veuillez indiquer le nom, l'adresse courriel et le pourcentage réclamé pour chacun d'entre eux

NOM DE LA MÈRE		
Courriel	N.A.S.	%
NOM DU PÈRE		
Courriel	N.A.S.	%

Le relevé 24 aux fins d'impôt vous sera transmis par courriel (voir à la page 24).

CAMPS DE JOUR

SEMAINE 1 • 25 juin au 29 juin		SEMAINE 2 • 2 au 6 juillet		SEMAINE 3 • 9 au 13 juillet		Total des semaines 1, 2 et 3 Chèque en date du jour de l'inscription SOMME TOTALE
Code	Coût	Code	Coût	Code	Coût	
	\$		\$		\$	
	\$		\$		\$	
TOTAL	\$	TOTAL	\$	TOTAL	\$	
SEMAINE 4 • 16 au 20 juillet		SEMAINE 5 • 23 au 27 juillet		SEMAINE 6 • 30 juillet au 3 août		Total des semaines 4, 5 et 6 Chèque en date du 21 juin SOMME TOTALE
Code	Coût	Code	Coût	Code	Coût	
	\$		\$		\$	
	\$		\$		\$	
TOTAL	\$	TOTAL	\$	TOTAL	\$	
SEMAINE 7 • 6 au 10 août		SEMAINE 8 • 13 au 17 août		SEMAINE 9 • Sorties en folie 20 au 24 août		Total des semaines 7, 8 et 9 Chèque en date du 12 juillet SOMME TOTALE
Code	Coût	Code	Coût	Code	Coût	
	\$		\$		\$	
	\$		\$		\$	
	\$		\$		\$	
	\$		\$		\$	
TOTAL	\$	TOTAL	\$	TOTAL	\$	

ACTIVITÉS LOISIRS

Activité	Activité	Activité
Code	Code	Code
Coût	Coût	Coût
\$	\$	\$

J'autorise la Ville de Varennes à utiliser les photos et les vidéos de mon enfant pris dans le cadre des camps de jour.

AUTORISATION DES PARENTS

En signant la présente, je déclare que tous les renseignements qui y sont contenus sont vrais et je m'engage à informer la Ville de Varennes de tout changement à ce sujet. La Ville de Varennes ne pourra être tenue responsable de tout événement pouvant survenir et pour lequel elle n'avait pas reçu les informations nécessaires.

Je comprends et j'accepte que si mon enfant ne respecte pas les règles ou que son comportement peut porter atteinte à sa sécurité

ou celle des autres participants, ce dernier pourra faire l'objet de mesures disciplinaires, incluant son renvoi.

De plus, j'autorise expressément la Ville de Varennes, de même que ses employés, mandataires ou représentants à prodiguer immédiatement et sans avis tous les soins médicaux nécessaires en cas d'urgence. J'autorise également la Ville de Varennes, de même que ses employés, mandataires ou représentants à transporter mon enfant par ambulance ou autrement, dans un établissement

hospitalier ou de santé communautaire si elle le juge nécessaire. Finalement, je confirme avoir lu tous les renseignements sur les procédures d'inscription et sur la politique de remboursement du bulletin aux citoyens À Propos de Varennes Printemps-Été 2018 et je comprends qu'aucun remboursement ne sera accordé à moins que la demande n'ait été reçue au moins (5) cinq jours ouvrables avant le début de l'activité (auquel cas des frais d'administration de 15 \$ payables par camp, cours ou activité seront applicables).

Norm du parent ou du tuteur	Signature du parent ou du tuteur	Date
-----------------------------	----------------------------------	------