



FICHE D'INSCRIPTION ET DE SANTÉ

D'autres copies de fiches d'inscription et de santé sont disponibles sur le site Internet de la Ville ou à la réception de l'hôtel de ville.

Activité	Activité	Activité
Code	Code	Code
Coût	Coût	Coût

CAMPS DE LA RELÂCHE • 5 À 12 ANS (Remplir une fiche distincte par enfant) <input type="checkbox"/> Inscription à la semaine - Camp de jour • Coût : 120 \$ <input type="checkbox"/> Inscription à la semaine - Service de garde • Coût : 40 \$ <input type="checkbox"/> Inscription à la journée - Camp de jour • Coût : 27 \$ <input type="checkbox"/> Inscription à la journée - Service de garde • Coût : 8 \$	Pavillon parc du Portageur 5 mars <input type="checkbox"/> Journée explosion d'activités 6 mars <input type="checkbox"/> Journée détective 7 mars <input type="checkbox"/> Journée jeux gigantesques 8 mars <input type="checkbox"/> Journée sculpture 9 mars <input type="checkbox"/> Journée cirque Service de garde : Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Mercredi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi <input type="checkbox"/>	Pavillon parc du Pré-Vert <input type="checkbox"/> Journée cirque <input type="checkbox"/> Journée sculpture <input type="checkbox"/> Journée explosion d'activités <input type="checkbox"/> Journée détective <input type="checkbox"/> Journée jeux gigantesques
	OU	

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	N° ass. maladie		Expiration

Parent ou tuteur responsable (section à compléter pour enfants de 17 ans et moins)		N° de Carte loisirs (obligatoire) :	
Nom		Prénom	
Adresse du parent si différente de l'enfant		Code postal	
Tél. résidence	Tél. cellulaire		Tél. bureau
Courriel			

INFORMATIONS OBLIGATOIRES (CAMP DE LA RELÂCHE)	
À compléter par la personne qui utilise le relevé 24 pour réclamer les frais de garde sur la déclaration fiscale	
NOM	NAS

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX DU PARTICIPANT	
1- Le participant souffre-t-il de maladies, allergies ou troubles particuliers?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Précisez : _____	
Si oui, un diagnostic a-t-il été établi par un professionnel de la santé?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2- Le participant prend-il des médicaments? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Précisez : _____	
3- 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? Si oui, inscription obligatoire avant le 2 février.	
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Précisez : _____	
4- En cas d'urgence : Nom de la personne à joindre _____ Lien avec le participant : _____	
Tél. résidence :	Tél. cellulaire :
	Tél. bureau :
5- À la fin de la journée, l'enfant peut quitter	
SEUL :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
AVEC PARENT • Mot de passe requis : _____	
Vous devrez mentionner ce mot de passe chaque fois que vous irez chercher votre enfant au camp de jour	

AUTORISATION DU PARTICIPANT - AUTORISATION DES PARENTS (si le participant a 17 ans et moins)

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 pourrait 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 je ou mon enfant ne respecte pas les règles ou que mon/son comportement peut porter atteinte à sa sécurité ou celle des autres participants, ce dernier pourra faire l'objet de mesures de représailles, 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 me (mon enfant) transporter 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 hiver 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 (aucun cas des frais d'administration de 15 \$ payables par camp, cours ou activité seront applicables).

Signature du participant ou parent	Signature du participant ou parent	Date
------------------------------------	------------------------------------	------

FICHE D'INSCRIPTION ET DE SANTÉ
D'autres copies de fiches d'inscription et de santé sont disponibles sur le site Internet de la Ville ou à la réception de l'hôtel de ville.