

# INSCRIPTION CAMP DE JOUR



**\*Un formulaire par enfant.**

## RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

**Prénom et nom de l'enfant :** \_\_\_\_\_

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_      Age : \_\_\_\_\_      Sexe : M  F

No ass. Maladie : \_\_\_\_\_      Date d'expiration : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Prénom et nom du parent ou tuteur responsable :** \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_      No téléphone maison : \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_      No téléphone travail : \_\_\_\_\_

Province \_\_\_\_\_      No téléphone cellulaire : \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_      Courriel : \_\_\_\_\_

**Camp de jour :** 9h00 à 16h00

**Service de garde :** 7h30 à 9h00 et 16h00 à 17h30

#	Semaine	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Complète	Total
1	25 au 29 juin 2018							
2	2 au 6 juillet 2018							
3	9 au 13 juillet 2018							
4	16 au 20 juillet 2018							
5	23 au 27 juillet 2018							
6	30 juillet au 3 août 2018							
7	6 au 10 août 2018							
8	13 au 17 août 2018 <i>Aucune gratuité disponible</i>							
<b>Frais d'inscription</b>								<b>10,00\$</b>
<b>TOTAL</b>								
<b>Montant du premier versement</b>								
<b>Solde</b>								

**Politique de remboursement**

- ✓ Il est à noter : Le **paiement total** des frais de camp de jour est **obligatoire avant le début du camp.**
- ✓ Des présences pourront être ajoutées ou déplacées selon le ratio mais, **aucune annulation ne sera acceptée.**
- ✓ Des frais de 15\$ seraient perçus pour un chèque sans provision.
- ✓ Seul un remboursement avec certificat médical à l'appui sera fait moins 35 \$ de frais d'administration.

**Chèques faits à l'ordre de :**  
 Fondation Le Terrier  
 7, ch des Ormes CP 164  
 Déléage, Québec, J9E 3B4

**Information pour Relevé 24 obligatoire**

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Ville/village : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

NAS\* : \_\_\_\_\_

\*NAS obligatoire car l'omission de ce numéro peut entraîner une pénalité pour le particulier et pour la personne qui établit un relevé à son nom. Référence : LMR58.1, 58.2, 59.0.2, 59.0.3 et 69

**J'ai rempli la fiche médicale et pris connaissance des modalités de paiement ainsi que de la politique de remboursement.**

\_\_\_\_\_

**Signature**

\_\_\_\_\_

**Date**

**Réservé à l'administration**

Municipalité : \_\_\_\_\_      Preuve d'adresse : \_\_\_\_\_

Avis de cotisation : \_\_\_\_\_      Vérifié par \_\_\_\_\_