



CAMP MUSICAL SAISON ESTIVALE 2010

FICHE D'INSCRIPTION

Ville de L'Ancienne-Lorette

Utiliser une fiche d'inscription par enfant

PHOTO ICI
SVP

PARTICIPANT

ANNÉE SCOLAIRE DE L'ENFANT AU 1^{ER} JANVIER 2010 : _____

Nom : _____

Prénom : _____

Sexe : F M

Date de naissance (AA/MM/JJ) : ____/____/____

Adresse : _____ App. : _____ Ville : _____

Code postal : _____

Courriel : _____

Mère : _____

Tél. rés. : _____

Tél. bur. : _____

Père : _____

Tél. rés. : _____

Tél. bur. : _____

Veillez cocher les semaines choisies et libeller votre chèque à l'ordre de la Ville de L'Ancienne-Lorette.

Semaine	choix	Coût
Rock band 28 juin au 2 juillet	<input type="checkbox"/>	199 \$
Premier pas sur scène 5 au 9 juillet	<input type="checkbox"/>	179 \$
Rock band 12 au 16 juillet	<input type="checkbox"/>	199 \$
Premier pas sur scène 19 au 23 juillet	<input type="checkbox"/>	179 \$
Rock band 26 au 30 juillet	<input type="checkbox"/>	199 \$
Premier pas sur scène 2 au 6 août	<input type="checkbox"/>	179 \$
Total		_____

Service de garde inclus dans le coût d'inscription

Heures : 7 h à 9 h et/ou 16 h à 18 h

Reçu aux fins d'impôt : remplir cette section pour recevoir votre Relevé 24

Parent payeur : _____

Assurance sociale : _____

Adresse : _____

Appartement : _____

Ville : _____

Code postal : _____

SANTÉ

Nom d'un parent ou tuteur : _____

Lien avec l'enfant : _____

Téléphone : _____

Autre téléphone : _____

Nom d'un parent ou tuteur : _____

Lien avec l'enfant : _____

Téléphone : _____

Autre téléphone : _____

Nom du médecin : _____ Hôpital : _____ Tél. : _____

INFORMATION MÉDICALE

Allergies :

Noix Arachides Œufs Piqûres d'insectes Fruits de mer

Allergie aux médicaments, sorte : _____

Autres : _____ Réaction allergique : _____

Maladies :

Asthme Incontinence Trouble auditif Diabète Hyperactivité

Épilepsie Trouble visuel Handicap moteur Trouble de comportement

Déficience : _____ **Autres :** _____

Médicament prescrit à votre enfant : _____

Dose : _____

Fréquence : _____

RESPONSABILITÉ

Personnes autorisées à ramener l'enfant à la fin de la journée

1) _____

2) _____

3) _____

Réservé à l'administration

Mode de paiement

Chèque Débit Argent

Premier versement : _____

Deuxième versement : _____

Signature du parent : _____

Date : _____