



Camp de jour UFA Année 2019

514 331-6413 et 514 872-6290 (été seulement)

Préinscription Inscription Inscription tardive

Écrire en lettres moulées

Document remis le : _____

| | | | | | | | | | | |
|---|---|--|--|---|--|----------------------------------|-----------------------------|--|--------------------------|------------------|
| 1 | Nom | | | | Prénom | | | | PHOTO OBLIGATOIRE | |
| | Adresse | | Appartement | | Ville | | Code postal | | | |
| | Téléphone | | Age au 30 juin | Sexe M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> | Date de naissance | | Nombre d'enfants inscrits : | | | |
| | Niveau de scolarité terminé en juin T-P - M - 1 ^{re} - 2 ^e - 3 ^e - 4 ^e - 5 ^e - 6 ^e | | | | | | | | | |
| | Nom, prénom (parent, tuteur) | | | Tél. maison | | Tél. travail ou cellulaire | | | | |
| | Personne à prévenir en cas d'urgence | | | Tél. maison | | Tél. travail ou cellulaire | | | | |
| | Sait-il nager? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | | Porte-t-il des lunettes? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | | Désirez vous recevoir la programmation par : <input type="checkbox"/> Papier chaque lundi soir <input type="checkbox"/> Courriel : _____ | | | | | |
| | No carte d'assurance maladie | | | | Date d'expiration | | | | | École fréquentée |
| | Autres informations (allergies, infections, médicaments) | | | | | Attention particulière à l'école | | | | |
| | Quel parent viendra chercher l'enfant? | | | | | | | | | |

80 \$ par semaine tout inclus (sorties et billets d'autobus)

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|------|-------|---------|---------|---------|----------|----------|----------|--------|--------------------------|-------|--|
| 2 | Groupe d'âge | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | Nb de sem. | Total | |
| | 5-7 | 8-10 | 11-13 | 25 juin | 1 juil. | 8 juil. | 15 juil. | 22 juil. | 29 juil. | 5 août | 12 août | | |
| | Club de vacances (5-13 ans) maternelle complétée au 30 juin | | | 80 \$ | 80 \$ | 80 \$ | 80 \$ | 80 \$ | 80 \$ | 80 \$ | 80 \$ | | |
| | Service d'accueil AM et PM | | | 35 \$ | 35 \$ | 35 \$ | 35 \$ | 35 \$ | 35 \$ | 35 \$ | 35 \$ | | |
| Service d'accueil AM ou PM (Choix pour toute la semaine) | | | 25 \$ | 25 \$ | 25 \$ | 25 \$ | 25 \$ | 25 \$ | 25 \$ | 25 \$ | | | |
| Chandail : Grandeur: P (6-8) M (10-12) L (14-16) M (adulte) Nombre _____ X 12 \$ | | | | | | | | | | | | | |
| Chandail remis le : _____ | | | | | | | | | | | Montant total : _____ \$ | | |

| | | | | | |
|--------------------------------|---|--|---|---|--|
| 3 | Afin que nous puissions vous fournir un relevé 24 (reçu officiel pour les frais de garde d'enfant) pour la prochaine année d'imposition, le Gouvernement du Québec demande que les renseignements suivants soient fournis : | | 4 | Paiement complet : _____ \$ Chèque <input type="checkbox"/> | |
| | Relevé 24 au nom de : | | | Ou Argent <input type="checkbox"/> | |
| | Nom du parent : _____ | | | 1 ^{er} versement : _____ \$ débit/crédit <input type="checkbox"/> | |
| No d'assurance sociale : _____ | | 2 ^e versement (20 juin) : _____ \$ Chèque <input type="checkbox"/> | | Argent <input type="checkbox"/> | |
| | | Responsable | | débit/crédit <input type="checkbox"/> | |
| | | Total : _____ \$ | | | |

| | | |
|--|---|--|
| 5 | Consentement des parents | |
| | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> J'autorise toute personne responsable du Camp de jour à appliquer à mon enfant, au besoin, sa crème solaire. | |
| | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je consens à ce que mon enfant soit photographié durant le Camp de jour et que l'UFA utilise sa photo à des fins non commerciales et sans bénéfice monétaire pour l'organisme ou pour les parents dans l'éventualité de sa publication. | |
| * Les enfants qui ne sont pas inscrits au service de garde doivent arriver pour 9 h et quitter pour 16 h. En dehors de cet horaire, les enfants sont sous la responsabilité des parents. | | |
| J'ai pris connaissance des renseignements relatifs au Camp de jour et j'autorise mon enfant à participer aux activités. | | |
| L'inscription n'est valide que lorsqu'elle est entièrement payée, remplie et photo incluse. | | |
| Signature : _____ | | |
| Date : _____ | | |

Camp de Jour

Nombre d'enfants inscrits: _____

Si plus d'un enfant inscrit, donner les noms complets de chacun et leur âge:

Nom

âge

| Nom | âge |
|-----|-----|
| | |
| | |
| | |
| | |

Toujours mettre votre numéro d'assurance sociale pour avoir un reçu d'impôt en février prochain.

Modification : À compléter par le coordonnateur

Pour ajouts de semaines:

Quelles semaines ajoutées: _____

Prix : _____

Paiement complet: comptant ou chèque. _____ Initiales _____

Annulations:

Faire compléter la feuille de demande de remboursement

Quelles semaines: _____

Coût+ pénalité(10% ou 25%): _____

Les chandails ne sont pas remboursables. Quand il y a une demande de remboursement total il ne faut pas payer le chandail.

Dettes:

Montant _____ Date de paiement _____ Initiales _____

Montant _____ Date de paiement _____ Initiales _____

Montant _____ Date de paiement _____ Initiales _____

Si chèque NSF, **exiger** paiement en argent seulement.