

# EXPRESSION

Centre d'exposition de Saint-Hyacinthe

**CAMPS D'ÉTÉ 2020**

Formulaire d'inscription



Semaine  
du 17 au 21 août  
7-9 ans



Semaine  
du 24 au 28 août  
10-12 ans

( ÉCRIRE EN LETTRES MOULÉES )

AU SUJET DE L'ENFANT	À VOTRE SUJET
NOM	NOM DE LA MÈRE
ÂGE	NOM DU PÈRE
DATE DE NAISSANCE	ADRESSE
NIVEAU SCOLAIRE TERMINÉ	CODE POSTAL
NO D'ASSURANCE MALADIE	VILLE/SECTEUR
PERSONNALITÉ	TÉL. (TRAVAIL/ CELL.)
(VEUILLEZ JOINDRE UNE PETITE PHOTO DE VOTRE ENFANT À CE FORMULAIRE)	TÉL. (DOMICILE)

## AUTORISATIONS

J'AUTORISE MON ENFANT À RETOURNER SEUL À LA MAISON APRÈS SA JOURNÉE DE CAMP : OUI  NON  INITIALES : \_\_\_\_\_

J'AUTORISE LA OU LES PERSONNE(S) SUIVANTE(S) À VENIR CHERCHER MON ENFANT : \_\_\_\_\_

LIEN QUI VOUS RELIE À CETTE (CES) PERSONNE(S) : \_\_\_\_\_ INITIALES : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ INITIALES : \_\_\_\_\_

J'AUTORISE LE CAMP À UTILISER DES PHOTOGRAPHIES DE MON ENFANT OU DE SES ŒUVRES POUR DES FINS DE DIFFUSION ET DE PROMOTION.

(SITE WEB ET RÉSEAUX SOCIAUX) OUI  NON  INITIALES : \_\_\_\_\_

## SANTÉ

VOTRE ENFANT PRÉSENTE-T-IL DES PROBLÈMES NÉCESSITANT UNE ATTENTION PARTICULIÈRE?

MALADIES \_\_\_\_\_ MÉDICAMENTS \_\_\_\_\_

ALLERGIES \_\_\_\_\_ POSOLOGIE \_\_\_\_\_

COMPORTEMENT \_\_\_\_\_ EFFETS SECONDAIRES \_\_\_\_\_

J'AUTORISE LE PERSONNEL DU CAMP À ADMINISTRER LE(S) MÉDICAMENT(S) MENTIONNÉ(S) : OUI  NON

**\* AVIS IMPORTANT \* LES MÉDICAMENTS DE VOTRE ENFANT DOIVENT ÊTRE REMIS DIRECTEMENT À L'ÉDUCATRICE, EN MAIN PROPRE, MERCI.**

NOM EN LETTRES MOULÉES : \_\_\_\_\_ SIGNATURE : \_\_\_\_\_ DATE : \_\_\_\_\_

## PAIEMENT

Prenez note que dû à la situation causée par le COVID-19, nous privilégions les transferts bancaires. Nous n'acceptons aucun paiement en argent.

Un dépôt de 25% du coût total du camp (incluant le service de garde, le cas échéant) sera requis le 3 juillet 2020.

Le solde du paiement, soit 75%, sera requis le 31 juillet 2020.

Veillez choisir votre mode de paiement prévu, pour chacun des versements :

Dépôt de 25%  Transfert bancaire \*  CHÈQUE

Solde de 75%  Transfert bancaire \*  CHÈQUE

\* Nous communiquerons avec vous pour vous remettre nos coordonnées bancaires, lors des dates de paiement.

ESPACE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

REÇU LE : \_\_\_\_\_

Montant : \_\_\_\_\_

REÇU LE : \_\_\_\_\_

Montant : \_\_\_\_\_

Paraphes :