

**CAMP DE JOUR SPÉCIALISÉ EN DESSIN ET PEINTURE** pour  
 les jeunes de 6 à 14 ans

8 semaines de camp de jour **ÉTÉ - 2018**  
Tout le matériel et l'équipement fournis sur place

**RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX:** (Formulaire d'inscription à compléter clairement) **L'ENFANT**

Nom de l'enfant :						Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Adresse :						Date de naissance :
Code postal :						Âge:
Ville :						
Courriel :						@

**LES PARENTS ou tuteur(s) ou répondant(s) pour la période du camp**

Nom :						Nom :					
Occupation :						Occupation :					
Adresse :						Adresse :					
<b>Téléphones :</b>	(Rés)			-					-		
	(Trav)			-					-		
	(Cell) :			-					-		
<b>Courriel :</b>						@					

**SERVICES**

CAMP DE JOUR 1 semaine/enfant		Quantité	Frais camp	Taxes	Sous-total	Total à payer	
1	25 au 29 juin	COMPLET	245,00	36,69	281,69	_____, ____ \$	
2	2 au 6 juillet	COMPLET	245,00	36,69	281,69	_____, ____ \$	
3	9 au 13 juillet	COMPLET	245,00	36,69	281,69	_____, ____ \$	
4	16 au 20 juillet	COMPLET	245,00	36,69	281,69	_____, ____ \$	
5	23 au 27 juillet	COMPLET	245,00	36,69	281,69	_____, ____ \$	
6	30 juillet au 3 août		245,00	36,69	281,69	_____, ____ \$	
7	6 au 10 août	COMPLET	245,00	36,69	281,69	_____, ____ \$	
8	13 au 17 août	COMPLET	245,00	36,69	281,69	_____, ____ \$	
		LUN	MAR	MER	JEU	VEN	
Camp à la journée (65\$/jour) inscrivez vos dates							65,00 9,73 74,73 _____, ____ \$
Service de garde	AM (5\$/jour)						5,00 0,75 5,75 _____, ____ \$
	PM (5\$/jour)						5,00 0,75 5,75 _____, ____ \$
	AM+PM (10\$/jour)						10,00 1,50 11,50 _____, ____ \$
_____ Nom du parent ou tuteur						TOTAL :	_____ \$

→ 1. \_\_\_\_\_  
 Signature du parent ou tuteur Date de la signature



# CAMP DE JOUR

Atelier *René Milone*  
 458 boulevard Curé-Poirier Ouest  
 Longueuil Québec J4J 2H6  
 514-952-1970 [info@cours-de-peinture.com](mailto:info@cours-de-peinture.com)

Nom de l'enfant :		Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Adresse :		Date de naissance :
Code postal :		Âge:
Téléphones :		Degré de scolarité :
No Assurance maladie		

## AUTORISATION LORS DU DÉPART DE L'ENFANT

### Personnes autorisées à venir chercher l'enfant avec le lien avec l'enfant

(Inscrivez le nom du père ou de la mère si c'est le cas).

Nom (par exemple la mère)	lien	Nom (par exemple le père)	lien
1.		2.	
3.		4.	

Votre enfant de **12 ans et +** est-il autorisé à quitter seul l'Atelier après le camp? **OUI**  **NON**  **IMPORTANT**  
 : Informez -nous de tout changement au **450-448-8047**.

Recommandations spéciales et autres éléments de nature médicale importants à nous mentionner comme:

AFFECTIONS	OUI	NON	Traitement Médication	OUI	NON
<b>ALLERGIES</b>			Épipen/Twinject par elle ou lui-même		
Si oui. Précisez le déclencheur.					
<input type="checkbox"/> Soins particuliers :					
<b>ASTHME</b>			Inhalateur/comprimé elle ou lui-même		
<input type="checkbox"/> Soins particuliers:					
<b>DIABÈTE</b>			Insuline à s'injecter par elle ou lui-même		
<input type="checkbox"/> Soins particuliers :					

J'autorise le personnel de l'Atelier *René Milone* à administrer à mon enfant, si nécessaire, un ou plusieurs médicaments sans ordonnance en vente libre, comme ceux ci-dessous, avec mes initiales:

Médicaments	OUI	NON	Initiales	Médicaments	OUI	NON	Initiales
Aspirine				Advil			
Tylenol				Polysporin			

J'autorise la direction de l'Atelier *René Milone* à faire en sorte que soient prodigués à mon enfant tous les soins nécessaires. Je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement (à mes frais) et à le faire admettre dans un établissement de santé. De plus, en cas d'urgence ou s'il est impossible de nous joindre, j'autorise le médecin choisi par les autorités du camp à prodiguer à mon enfant tous les soins médicaux requis par son état, y compris la pratique d'une intervention chirurgicale, transfusion, injections, anesthésie, hospitalisation.

→ Signature 3. \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_