



CLAUSE DE CONFIDENTIALITÉ

N° Client :

SECTION 1 - RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT (enfant)

Nom :	Prénom :	Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Date de naissance : Année/mois/jour	Numéro d'assurance maladie :	

*** Les enfants de 5 ans doivent avoir complété leur année de Pre-K ou maternelle pour être admissibles.**

SECTION 2 - RENSEIGNEMENTS SUR LES RÉPONDANTS (parents ou tuteurs)

Nom :	Prénom :	
Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/>	Adresse : <input type="checkbox"/> Adresse de résidence de l'enfant	NAS : (obligatoire aux fins d'émission du relevé 24)
Téléphone résidence :	Autre :	Courriel :

Nom :	Prénom :	
Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/>	Adresse : <input type="checkbox"/> Adresse de résidence de l'enfant	NAS : (aux fins d'émission du relevé 24)
Téléphone résidence :	Autre :	Courriel :

SECTION 3 - AUTORISATIONS DE DÉPART

J'autorise mon enfant à quitter le SAE **à pied** seul : Oui Non / **à vélo** seul : Oui Non

J'autorise mon enfant à quitter le SAE avec :

Prénom :	Nom :
Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Autre lien :	Numéro de téléphone d'urgence :

Prénom :	Nom :
Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Autre lien :	Numéro de téléphone d'urgence :

Prénom :	Nom :
Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Autre lien :	Numéro de téléphone d'urgence :

SECTION 4 – VOS CHOIX DE SERVICES

Inscription au SAE de 7h00 à 17h30

SAISON COMPLÈTE (8 semaines)
26 juin au 17 août 2018 Service 4 semaines au choix 170 \$ par enfant

Choisir 4 semaines		Cochez les 4 semaines de votre choix	Arrivée le matin
1	<input type="checkbox"/> 26 juin au 29 juin		
2	<input type="checkbox"/> 2 juillet au 6 juillet	Indiquez l'heure approximative de départ de votre (vos) enfant (s) _____	
3	<input type="checkbox"/> 9 juillet au 13 juillet		
4	<input type="checkbox"/> 16 juillet au 20 juillet		
5	<input type="checkbox"/> 23 juillet au 27 juillet		
6	<input type="checkbox"/> 30 juillet au 3 août		
7	<input type="checkbox"/> 6 août au 10 août		
8	<input type="checkbox"/> 13 août au 17 août		

SECTION 5 – Tarification

Tarifs Résident	Tarifs Non-Résident (Des frais supplémentaires de 50 % seront appliqués aux non-résidents.)
Camp de jour 8 semaines : 1 enfant 300 \$ <input type="checkbox"/> 2 enfants 555 \$ <input type="checkbox"/> 3 enfants 785 \$ <input type="checkbox"/> 4 enfants 965 \$ <input type="checkbox"/>	Camp de jour 8 semaines 1 enfant 600 \$ <input type="checkbox"/> 2 enfants 1110 \$ <input type="checkbox"/> 3 enfants 1570 \$ <input type="checkbox"/> 4 enfants 1930 \$ <input type="checkbox"/>
Camp de jour 4 semaines 170 \$ <input type="checkbox"/>	Camp de jour 4 semaines 340 \$ <input type="checkbox"/>

SECTION 5 A – Modalité de paiement

<p>RAPPEL : Le relevé 24 à des fins d'impôt sera émis au nom du payeur en février 2019.</p>	<input type="checkbox"/> Comptant <input type="checkbox"/> Débit	<input type="checkbox"/> Chèque n° : Date : <input type="checkbox"/> Chèque n° : Date : Possibilité de faire 2 versements en date du 20 juin et du 20 juillet 2018. <p style="background-color: yellow;">Aucune inscription acceptée après le 15 juin 2018.</p>
--	---	---

SECTION 6 – Fiche santé

- | | | | |
|-----------------------------------|---|------------------------------|---|
| Blessure à la tête | <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N | Diabète | <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N |
| Convulsion | <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N | Problèmes sanguins/ecchymose | <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N |
| Troubles cardiaques | <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N | Problèmes abdominaux | <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N |
| Haute tension | <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N | Asthme | <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N |
| Bouffée de chaleur/déshydratation | <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N | | |

Détails : _____

Médication O N

Si oui, spécifiez : _____

J'autorise les responsables du S.A.E à donner la médication ci haut nommée à mon enfant : O N

Allergie O N

Si oui, spécifiez : _____

Commotion récente O N

Si oui, date : _____

Autre particularité sur la santé de votre enfant :

J'autorise les responsables du camp de jour à prendre les mesures nécessaires en cas d'urgence (premiers soins, ambulance, par exemple): oui non

Si le SAE fait appel au service d'une ambulance, j'accepte d'en défrayer les coûts : oui non

Mon enfant a-t-il besoin de flotteurs ou d'une veste pour nager? oui non

Personne à contacter en cas d'urgence :	
Prénom :	Nom :
Lien:	Numéro de téléphone d'urgence :
Prénom :	Nom :
Lien:	Numéro de téléphone d'urgence :
Prénom :	Nom :
Lien:	Numéro de téléphone d'urgence :

Je soussigné(e), déclare que les informations ci-dessus sont véridiques. Je déclare avoir lu, compris et être en accord avec les conditions ci- dessus tout en acceptant les risques inhérents à la pratique d'activités

Signature du parent/tuteur

Date



INSCRIPTIONS

- ➔ SUR PLACE lors de la SOIRÉE D'INSCRIPTION du 8 mai à la salle Guy-Veilleux, 75, rue Castonguay, de 18 h à 20 h.
- ➔ PAR LA POSTE en envoyant ce formulaire accompagné d'un chèque libellé au nom de la ville de Cookshire-Eaton. Le sceau de la poste confirmera la date d'envoi, et la réception du paiement confirmera l'inscription. **Date limite d'inscription : 15 juin 2018.** Aucune inscription acceptée après cette date.
- ➔ FORMULAIRE ou INSCRIPTION EN LIGNE disponible sur notre site internet www.cookshire-eaton.qc.ca dans l'onglet SERVICE D'ANIMATION ESTIVALE.

MODALITÉS DE PAIEMENT

- ➔ PAR DÉBIT, en personne à l'Hôtel de Ville directement.
 - ➔ PAR CHÈQUE, par la poste ou sur place.
Possibilité de faire 2 versements par chèque postdaté seulement : 20 juin et 20 juillet. Si nous n'avons pas reçu les chèques avant le 20 juin nous n'accepterons pas votre enfant.
 - ➔ EN ARGENT COMPTANT, lors de la soirée d'inscription ou en personne à l'Hôtel de Ville directement.
- Prendre note que des frais de 25,00 \$, pour tout chèque sans provision, seront chargés**

REMBOURSEMENT

Les frais d'inscription seront remboursés uniquement dans ces deux cas :

- ➔ Pour des raisons de santé, de blessure ou de maladie l'enfant ne peut poursuivre le SAE. Un certificat médical sera exigé.
- ➔ Lorsque l'activité est annulée par le SAE.

Les remboursements sont calculés selon la Loi en vigueur à l'Office de la protection du consommateur.

- ➔ Un avis écrit doit être envoyé ou remis au gestionnaire du SAE. Le montant du remboursement est calculé à partir de la date de réception de l'avis. Le remboursement est appliqué sur les semaines non utilisées suivant la réception de l'avis.
- ➔ Des frais de 10 % sont conservés par le SAE pour les semaines annulées après le début du camp plus les frais de matériel (si applicable).

RECONNAISSANCE DES RISQUES INHÉRENTS À LA PRATIQUE D'ACTIVITÉS ET REFUS D'UN PARTICIPANT

- ➔ Je reconnais qu'il y a des risques inhérents à la pratique d'activités. Le camp n'est aucunement responsable de tout incident ou inconfort causé aux participants mentionnés sur le présent formulaire d'inscription.
- ➔ Le camp se réserve le droit de refuser un participant ou même d'annuler son inscription, sans remboursement, en raison d'informations inexacts ou insuffisantes ou pour des questions de sécurité envers lui-même ou les autres participants.
- ➔ Le camp se réserve le droit de refuser un participant pour les raisons suivantes : non paiement, non respect répétitif du code de vie ou informations inexacts sur le participant.

RÈGLES DE VIE AU CAMP DE JOUR ET AU SERVICE DE GARDE

Il est de votre responsabilité de prendre connaissance du code de vie de groupe afin d'en informer votre enfant. Si, par inadvertance, vous n'avez pas récupéré la documentation lors de l'inscription, vous devez tout de même en prendre connaissance en communiquant avec nous au numéro de téléphone suivant : **819-560-8585 poste 2311 à Cathy Turcotte.**

Ce code de vie stipule que certains comportements inadéquats peuvent faire l'objet d'une expulsion temporaire ou définitive selon le cas, et sans remboursement.

- ➔ PHOTO ET VIDÉO : J'accepte que mon enfant soit pris en photo ou en vidéo et que le SAE puisse les utiliser gratuitement à des fins publicitaires dans ses documents : Oui Non

- J'ai lu et compris toutes les sections du présent formulaire
- J'ai rempli, signé et joint la **fiche santé** du présent participant
- J'ai reçu le guide d'accueil

Je reconnais que pour assurer aux enfants un séjour sécuritaire et de qualité, le Service d'animation estivale se doit d'obtenir, au sujet des enfants, les informations les plus complètes possibles. Par la présente, je déclare que toutes les informations requises ont été fournies pour permettre l'inscription de l'enfant _____ au SAE, et que ces informations sont exactes et complètes.

Signature du parent

Date

Réservé à l'administration

Date de réception de l'inscription

Date de l'encaissement