



CAMP WEST ISLAND PENDANT LES JOURNÉES DE GRÈVES
LE 9, 10 ET 11 DÉCEMBRE 2015



H4L STUDIO DE DANSE 13950 BOUL. GOUIN OUEST, PIERREFONDS
(PRÈS DU CLSC PIERREFONDS)

CONTACT PRINCIPAL

NOM DE FAMILLE: _____ PRÉNOM: _____
TÉLÉPHONE À LA MAISON: _____ TÉLÉPHONE AU TRAVAIL: _____
ADRESSE: _____ VILLE: _____
CODE POSTAL: _____ COURIEL: _____

AUTRE CONTACT

NOM DE FAMILLE: _____ PRÉNOM: _____
TÉLÉPHONE À LA MAISON: _____ TÉLÉPHONE AU TRAVAIL: _____
ADRESSE: _____ VILLE: _____
CODE POSTAL: _____ COURIEL: _____

INFORMATION DU PARTICIPANT

NOM DE FAMILLE: _____ PRÉNOM: _____
TÉLÉPHONE À LA MAISON: _____ TÉLÉPHONE AU TRAVAIL: _____
ADRESSE: _____ VILLE: _____
#D'ASSURANCE MALADIE: _____ AGE: _____

HISTORIQUE MEDICAL ET RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Plus vous nous fournirez d'informations, mieux nous pourrons répondre aux besoins de votre enfant.
Vous pouvez également nous écrire plus de détails sur une feuille de papier séparée, si vous souhaitez le faire. Soyez assuré que toutes les informations que vous nous fournissez seront traitées avec respect et confidentialité.

ALLERGIES: _____
TRANSPORTE EPI-PEN: OUI –NON _____ PORTE UN BRACELET D'ALERTE MEDICALE: OUI-NON _____
MALADIE, CONDITION OU BLESSURES: _____
BESOIN ALIMENTAIRE OU RESTRICTION: _____
CONDITIONS MEDICALES OU COMPRTEMENTS PARTICULIERS: _____
EXPIQUEZ TOUT AUTRE DETAIL DE ROUTINE, MEDICATION, ADAPTATION: _____

ES-CE QUE VOTRE ENFANT A BESOIN D'UN ENCADREMENT PARTICLIER?: _____

CETTE PERSONNE EST AUTORISÉE À VENIR CHERCHER VOTRE ENFANT ET PEUT ÊTRE CONTACTÉE PAR LA
FONDATION JEUNES ÉTOILES LORSQUE LE PARENT / TUTEUR NE PEUT ÊTRE JOINT.

CONTACT ALTERNATIF # 1

NOM DE FAMILLE: _____ PRÉNOM: _____
TÉLÉPHONE À LA MAISON: _____ TÉLÉPHONE AU TRAVAIL: _____
TÉLÉPHONE CELLULAIRE: _____

CONTACT ALTERNATIF # 2

NOM DE FAMILLE: _____ PRÉNOM: _____
TÉLÉPHONE À LA MAISON: _____ TÉLÉPHONE AU TRAVAIL: _____
TÉLÉPHONE CELLULAIRE: _____

FRAIS D'INSCRIPTION DU CAMP

FRAIS D'INSCRIPTION DU CAMP: \$25 PAR JOUR – CHOISISSEZ LES JOURS

MERCREDI, 9 DÉCEMBRE _____
JEUDI, 10 DÉCEMBRE _____
VENDREDI, 11 DÉCEMBRE _____

SERVICE DE GARDE

FRAIS D'INSCRIPTIONS DE SERVICE DE GARDE: **\$5 PAR JOUR** – CHOISISSEZ LES JOURS

VEUILLEZ SVP INDIQUER LES JOURS OÙ VOUS AUREZ BESOIN D'INSCRIRE VOTRE ENFANT AU SERVICE DE GARDE. VEUILLEZ AUSSI INDQUER SI LE PARTICIPANT DEVRA ÊTRE INSCRIT AU SERVICE DE GARDE DE MATIN (7:30-9:00) ET/OU AU SERVICE DE GARDE DU SOIR (16:00-18:00)

VENDREDI, 11 DÉCEMBRE A.M. _____ P.M. _____
JEUDI, 10 DÉCEMBRE A.M. _____ P.M. _____
VENDREDI, 11 DÉCEMBRE A.M. _____ P.M. _____

ANNULATION ET RETARDS DE PAIEMENT

Le Camp Pendant les Journées de Grèves se réserve le droit d'annuler le Camp si le nombre de jeunes inscrits est insuffisant; dans ce cas, vous aurez un remboursement complet. Si non, Aucun Remboursement sera remis après paiement.

Aucun remboursement après le premier cours. De plus, il y aura des frais de **30 \$** pour tout chèque retourné par la banque.

RETARDS

Des frais de \$1/minute seront facturés après 18h05 lorsque les enfants sont récupérés en retard
Veillez svp contacter l'administration du camp en cas de retard ou de circonstances imprévues (514)800-9746

ACCEPTATION DES RISQUES ET COVENTION D'INDEMNISATION

Je, le parent / gardien de l'enfant, nommé ci-dessus, par la présente convention, autorise qu'il/elle puisse participer à toutes activités du Camp de les journées de Grèves. Par la présente, je n'accorde aucune décharge au nom de la Fondation Jeunes Étoiles, ni à ses organisateurs, à sa direction ou à ses volontaires, pour futures demandes d'indemnisations concernant pertes, endommagements ou blessure physiques reliés de manière directe ou indirecte à la participation d'une dite activité.

PERMISSION –PHOTOGRAPHE ET VIDEO

Le Camp de les journées de grèves de la Fondation Jeunes Étoiles se réserve le droit de **photographier** et **filmer** des classes et / ou des activités, l'illustration et / ou les performances de mon enfant et les utiliser dans l'avenir pour promouvoir son camps et ses programmes.

URGENCES MÉDICALES

En cas d'accident, une blessure ou un maladie impliquant le participant, si un contact Immédiat de la Fondation Jeunes Étoiles à la personne designee ne peu être fait, j'autorise et donne la permission au personnel de la Fondation Jeunes Étoiles de garantir un traitement medical approprié au participant et j'autorise toute procedure, y compris l'admission à une unité d'urgence, l'hôpital et les traitements qui y sont administrés, la commande de rayons X, de tests ou un traitement, d'injections, d'anesthésie et/ou la chirurgie, jugés nécessaires par le medecin traitant professionnelle (s). J'accepte de ne pas tenir la Fondation Jeunes Étoiles responsables des coûts ou des blessures découlant d'une situation d'urgence.

PAIEMENT TOTAL

CAMP: \$ _____

SERVICE DE GARDE: \$ _____

TOTAL: \$ _____

JE SOUHAITE PAYER PAR: CHÈQUE _____ ARGENT COMPTANT: _____ CREDIT: _____

Tous les montants doivent être reçus en même temps que la remise de ce formulaire signé, meme pour les frais de garde.

En le signant, j'ai entièrement lu et accepté tous les termes dans ce document.

Parent / Tuteur: _____ (Veuillez inscrire le nom complet)

Date: _____

Parent / Tuteur: _____ (Signature)

Infomation: Fondation Jeunes Etoiles 514-800-9746

Courriel: info@jeunesetoiles.org