

IDENTIFICATION DE L'ENFANT (RÉSIDENT SEULEMENT)

NOM _____ PRÉNOM _____
 ADRESSE _____ VILLE _____ CODE POSTAL _____
 TEL (RÉS) _____ COURRIEL _____

CARTE ACCÈS LONGUEUIL (au nom de l'enfant) : _____

REÇU D'IMPÔT (émis en février 2020) _____ (Si différente de celle mentionnée plus haut)

NOM DU PARENT _____ % N.A.S. _____ / _____ / _____ ADRESSE _____

NOM DU PARENT _____ % N.A.S. _____ / _____ / _____ ADRESSE _____

CAMPS DE JOUR RÉGULIERS HORAIRE : 9H-16H

TARIF 35\$/semaine pour 1^{er} enfant – 25\$/semaine pour 2^e enfant – 30\$/semaine pour 3^e enfant

25-06 au 28-06	02-07 au 05-07	08-07 au 12-07	15-07 au 19-07	22-07 au 26-07	29-07 au 02-08	05-08 au 09-08	12-08 au 16-08
35\$ <input type="checkbox"/> 25\$ <input type="checkbox"/> 30\$ <input type="checkbox"/>	35\$ <input type="checkbox"/> 25\$ <input type="checkbox"/> 30\$ <input type="checkbox"/>	35\$ <input type="checkbox"/> 25\$ <input type="checkbox"/> 30\$ <input type="checkbox"/>	35\$ <input type="checkbox"/> 25\$ <input type="checkbox"/> 30\$ <input type="checkbox"/>	35\$ <input type="checkbox"/> 25\$ <input type="checkbox"/> 30\$ <input type="checkbox"/>	35\$ <input type="checkbox"/> 25\$ <input type="checkbox"/> 30\$ <input type="checkbox"/>	35\$ <input type="checkbox"/> 25\$ <input type="checkbox"/> 30\$ <input type="checkbox"/>	35\$ <input type="checkbox"/> 25\$ <input type="checkbox"/> 30\$ <input type="checkbox"/>

****LES CAMPS SERONT FERMÉS LE 24 JUIN ET LE 1^{er} JUILLET 2019****

Cochez l'endroit du camp de jour

Ste-Agnès Ste-Agnès Ste-Agnès Ste-Agnès Ste-Agnès Ste-Agnès Ste-Agnès Ste-Agnès

SERVICE DE GARDE À LA SEMAINE HORAIRE : 7H-9H ET 16H-18H

TARIF 30\$/semaine pour 1^{er} enfant – 20\$/semaine pour 2^e enfant – 25\$/semaine pour 3^e enfant

30\$ <input type="checkbox"/> 20\$ <input type="checkbox"/> 25\$ <input type="checkbox"/>	30\$ <input type="checkbox"/> 20\$ <input type="checkbox"/> 25\$ <input type="checkbox"/>	30\$ <input type="checkbox"/> 20\$ <input type="checkbox"/> 25\$ <input type="checkbox"/>	30\$ <input type="checkbox"/> 20\$ <input type="checkbox"/> 25\$ <input type="checkbox"/>	30\$ <input type="checkbox"/> 20\$ <input type="checkbox"/> 25\$ <input type="checkbox"/>	30\$ <input type="checkbox"/> 20\$ <input type="checkbox"/> 25\$ <input type="checkbox"/>	30\$ <input type="checkbox"/> 20\$ <input type="checkbox"/> 25\$ <input type="checkbox"/>	30\$ <input type="checkbox"/> 20\$ <input type="checkbox"/> 25\$ <input type="checkbox"/>
---	---	---	---	---	---	---	---

SERVICE À LA JOURNÉE HORAIRE : 7H-18H

TARIF : 17.50\$ PAR JOUR LIEU CHOISI :

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
L M M J V	L M M J V	L M M J V	L M M J V	L M M J V	L M M J V	L M M J V	L M M J V
Total : _____	Total : _____	Total : _____	Total : _____	Total : _____	Total : _____	Total : _____	Total : _____

SORTIES OPTIONNELLES PLACES LIMITÉES 30\$ PAR SORTIE PAR ENFANT

Pas de sortie	Parc Safari	Centre des Sciences et IMAX	Arbraska	Exposition agricole	Île aux trésors	Glissades d'eau Bromont	Pas de sortie
	30\$ <input type="checkbox"/>	30\$ <input type="checkbox"/>	30\$ <input type="checkbox"/>	30\$ <input type="checkbox"/>	30\$ <input type="checkbox"/>	30\$ <input type="checkbox"/>	

TOTAL PAR SEMAINE

Total : _____	Total : _____	Total : _____	Total : _____	Total : _____	Total : _____	Total : _____	Total : _____
---------------	---------------	---------------	---------------	---------------	---------------	---------------	---------------

Un chandail gratuit par enfant pour les inscriptions reçues avant le 19 juin 2019

Cochez la taille : Enfant : P (6-8) M (10-12) G (14-16) Adulte : P M G TG

GRAND TOTAL :

\$

Payable en un versement **complet** par carte de crédit
 Visa MC Visa Débit

Nom : _____

Numéro : _____ EXP : ____/____

CODE DE SÉCURITÉ : _____

Faites parvenir les chèques avant le 20 mai 2019

Payable en un versement complet ou deux versements si la somme due est supérieure à 300\$

_____ \$: 50 % daté du 20 mai 2019

_____ \$: 50 % daté du 19 juin 2019

Libellés à l'ordre de **GVL inc**

3275 1^{re} Rue, Local 5

Saint-Hubert, QC, J3Y 8Y6

450-678-6290

Nom : _____ Prénom : _____

Sexe : M F Âge : _____ Date de naissance : _____ (année/mois/jour)

No. d'assurance-maladie : _____ Exp : _____

Nom, prénom (mère) : _____

No. de téléphone : Résidence _____ Travail : _____ Cell : _____

Nom, prénom (père) : _____

No. de téléphone : Résidence _____ Travail : _____ Cell : _____

EN CAS D'URGENCE (autre que les parents) :

Nom, prénom : _____ Lien : _____

No. de téléphone : _____

Nom, prénom : _____ Lien : _____

No. de téléphone : _____

À la fin de la journée, mon enfant quittera :

Seul Avec la mère Avec le père

Autres personnes autorisées : _____

VOTRE ENFANT A-T-IL DES PROBLÈMES DE SANTÉ OU DES ALLERGIES ?

Si oui, lesquels : _____

Médicaments à prendre au camp : _____

VOTRE ENFANT A-T-IL DES BESOINS PARTICULIERS ?

TDA TDAH TSA TC TED AUTRE : _____

Votre enfant a-t-il des suivis particuliers durant l'année ? Si oui, vous devez communiquer avec nous au 450-678-6290.

Votre enfant a-t-il besoin d'un vêtement de flottaison individuelle ? Oui Non

Je comprends que, pour des mesures de sécurité, une pièce d'identité avec photo sera demandée à toute personne autorisée à quitter avec mon enfant.

Initiales : _____

En cas d'urgence, j'autorise les camps AES à prendre les actions nécessaires pour assurer la santé et le bien-être de mon enfant. Je comprends que les frais de transport en ambulance et les soins de santé sont aux frais du parent. Les gestionnaires de camps ne pourront être tenus responsables si des événements sont causés par des informations manquantes sur cette fiche (maladies, incapacités ou allergies).

Initiales : _____

J'atteste que tous les renseignements sont véridiques et sans omission. Dans le cas contraire, je comprends que GVL inc. pourrait retirer mon enfant du camp pour sa propre sécurité ou celle des autres participants.

Initiales : _____

NOM EN LETTRES MOULÉES

SIGNATURE

DATE