



CAMPS DE JOUR ÉTÉ 2023
MUNICIPALITÉ DE SAINT-ESPRIT



**MUNICIPALITÉ DE
SAINT-ESPRIT**

1 (855) 477-3003

IDENTIFICATION DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____
 ADRESSE _____ VILLE _____
 CODE POSTAL _____ TÉL. (RÉS.) _____
 SEXE : M F AUTRE ÂGE : _____ DATE DE NAISSANCE : _____ (ANNÉE/MOIS/JOUR)

REÇU D'IMPÔT (émis en février 2024)

(Si différente de celle mentionnée plus haut)

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

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

SITE : **École primaire Dominique Savio, 39, Rue des Écoles, Saint-Esprit**

*****Le camp est fermé le 26 juin *****

	27 au 30 juin (fermé le 26 juin)	3 au 7 juillet	10 au 14 juillet	17 au 21 juillet	24 au 28 juillet	31 juillet au 4 août	7 au 11 août	14 au 18 août
Camps thématiques	Multisports <input type="checkbox"/> 50 \$	Les artistiques <input type="checkbox"/> 62,50 \$	Médiéval <input type="checkbox"/> 62,50 \$	Sport-o- thon <input type="checkbox"/> 62,50 \$	Bloc à bloc <input type="checkbox"/> 62,50 \$	Fou de la science <input type="checkbox"/> 62,50 \$	Comme des chefs <input type="checkbox"/> 62,50 \$	Challenge <input type="checkbox"/> 62,50 \$
Service de garde	<input type="checkbox"/> 28 \$	<input type="checkbox"/> 35 \$	<input type="checkbox"/> 35 \$	<input type="checkbox"/> 35 \$	<input type="checkbox"/> 35 \$	<input type="checkbox"/> 35 \$	<input type="checkbox"/> 35 \$	<input type="checkbox"/> 35 \$
Total								

Paiement par carte de crédit (Mastercard ou Visa)



Nom : _____

Numéro ____/____/____/____ Exp. ____/____ Code de sécurité : _____

- 1 versement (en date de l'inscription)
 2 versements égaux (en date de l'inscription et 2 juin)

**Chèque libellé à l'ordre de
GVL inc.**
3140, Joseph-Monier,
suite 103
Terrebonne (Qc) J6X 4R1



CAMP DE JOUR ÉTÉ 2023
FICHE DE SANTÉ
SAINT-ESPRIT



MUNICIPALITÉ DE
SAINT-ESPRIT

Prénom (enfant) : _____ Nom (enfant) : _____

Parent #1 : _____ Adresse courriel : _____

N° de téléphone : Résidence _____ Travail : _____ Cell : _____

Parent #2 : _____ Adresse courriel : _____

N° de téléphone : Résidence _____ Travail : _____ Cell : _____

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

Nom, prénom : _____ N° de téléphone : _____

PERSONNES AUTORISÉES À QUITTER AVEC L'ENFANT (VEUILLEZ INDIQUER TOUS LES PRÉNOMS ET NOMS COMPLETS, Y COMPRIS CELUI DES PARENTS) :

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

Si oui, lesquels : _____

Médicaments à prendre au camp : _____

TDA TDAH TSA TC TED AUTRE : _____

Votre enfant a-t-il besoin d'un encadrement spécifique ou a-t-il besoin d'un programme d'accompagnement ? Oui Non

SI VOUS AVEZ COCHÉ OUI, VOUS DEVEZ COMMUNIQUER AVEC NOUS AU 1 (855) 477-3003.

- J'autorise les camps AES, une division de GVL inc., à photographier ou filmer mon enfant lors des spectacles ou activités spéciales. Les photos ou vidéos ne serviront en aucun cas à des fins publicitaires. Oui Non
- 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 : _____
- Je m'engage à prendre connaissance du guide du parent qui se trouve sur le site internet et du CODE DE VIE qui est à l'intérieur. Je m'engage à m'y conformer, à le respecter et à discuter de celui-ci avec mon enfant. Initiales : _____
- J'ai pris connaissance de la politique d'annulation et de remboursement. Nous n'accordons aucun crédit ou remboursement pour des semaines antérieures aux demandes d'annulation et de remboursement ou pour une sortie manquée. Les remboursements seront faits en septembre 2023. J'affirme avoir pris connaissance qu'il y aura des frais de 20 \$ qui seront portés à mon compte pour tous paiements programmés sur ma carte de crédit ou les chèques qui seront REFUSÉS. Il est de ma responsabilité de communiquer avec GVL si je dois changer de carte, peu importe la raison (fraude, perte, vol, expiration, etc.) AUCUNE exception ne sera faite. Initiales : _____

NOM EN LETTRES MOULÉES

SIGNATURE

DATE