



CAMP DE JOUR ÉTÉ HORIZON 2017

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

SVP REMPLIR LE FORMULAIRE EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE SINON IL SERA REFUSÉ

A. Renseignements généraux sur l'enfant :

Prénom: _____ Nom : _____ Âge : _____

***Date de naissance (jj/mm/aaaa) : ____/____/____ Sexe : M F

Adresse : _____ Code postal : _____

Tél. domicile : (____) _____ Cellulaire : (____) _____

***No. ass.- maladie: _____ Date exp.: _____

École fréquentée pour l'année scolaire 2016-2017 : _____

Niveau : _____

***Votre enfant est-il en garde partagée ? Oui Non

Si oui, il est obligatoire de remplir le «Formulaire de garde partagée».

B. Renseignements sur les parents ou tuteurs :

Nom d'un des parents : _____

Tél. le jour : (____) _____ Lien avec l'enfant : _____

***Adresse courriel :

@hotmail.com @hotmail.ca @live.ca @yahoo.fr @yahoo.com

@outlook.com Autre (veuillez préciser) : @ _____

C. Personnes autres que les parents à rejoindre en cas d'urgence

Nom : _____ Tél. : (____) _____ lien avec l'enfant : _____

Nom : _____ Tél. : (____) _____ lien avec l'enfant : _____

D. Fiche médicale de l'enfant :

Allergie ou maladie : _____

Médicament (s) : Oui Non Épipen : Oui Non

Si oui, lesquels ? _____

Autorisation d'administrer le ou les médicaments : Oui Non

***Votre enfant a-t-il un trouble de comportement? Oui Non

Si oui, veuillez remplir le «Formulaire des besoins particuliers».

Pour toute annulation ou question, veuillez contacter Mme Nathalie Simon, adjointe administrative :

Tél. : (514) 688-6054 (entre 9h et 17h; du lundi au vendredi) : svp laisser un message sur la boîte vocale, un retour d'appel vous sera effectué dans un délai de 24 heures. Courriel : nathalie-simon1108@hotmail.com



2-LES AUTORISATIONS

Nom de l'enfant : _____

1. **Publicité** : J'autorise le *Camp de jour d'été Horizon 2017 et ses partenaires* à prendre des photos ou documents vidéo de mon enfant à des fins pédagogiques, promotionnelles ou publicitaires. Oui Non _____ (initiales du parent)

2. **Premiers soins** : J'autorise le *Camp de jour d'été Horizon 2017* à prendre les décisions qui s'imposent pour la santé et la sécurité de mon enfant. J'autorise le *Camp de jour d'été Horizon 2017* à administrer les premiers soins de base et à agir en mon nom, en cas d'urgence, afin de fournir à mon enfant les soins médicaux requis par son état de santé. Aucun médicament (en vente libre ou avec prescription) ne pourra être administré à un enfant sans une autorisation écrite du parent. _____ (initiales du parent)

3. **Discipline et respect** : Le *Camp de jour d'été Horizon 2017* se réserve le droit de mettre fin à l'inscription d'un enfant qui persiste à nuire au bon fonctionnement du camp de jour, et ce, sans remboursement. Aucune violence physique ou verbale ne sera tolérée envers le personnel, les participants ou toute autre personne. _____ (initiales du parent)

4. **Responsabilité** : Le *Camp de jour d'été Horizon 2017* n'est pas responsable du coût du transport hospitalier pour votre enfant. Le *Camp de jour d'été Horizon 2017* n'est pas responsable des objets perdus, volés ou endommagés. _____ (initiales du parent)

5. **Piscine** : Autorisez-vous le *Camp de jour d'été Horizon 2017* à amener votre enfant à une des piscines (8-12 ans)/barbotteuses (5-7 ans) de l'arrondissement ?
 Oui Non Votre enfant sait-il nager ? Oui Non

6. **Départ de mon enfant** : J'autorise mon enfant à quitter le *Camp de jour d'été Horizon 2017*, seul (e). Oui À quelle heure ? _____ Non

7. Les personnes suivantes sont autorisées à venir chercher mon enfant :

Nom : _____ lien avec l'enfant : _____

Nom : _____ lien avec l'enfant : _____

Nom : _____ lien avec l'enfant : _____

Nom : _____ lien avec l'enfant : _____

Code secret : _____

N.B. Si la personne n'est pas connue de l'animateur, une carte d'identité sera exigée ainsi que le code secret.

3-FICHE DES CHOIX

Nom de l'enfant : _____

Nom du parent payeur pour le Relevé 24 :

J'accepte de divulguer mon numéro d'assurance sociale _____
 (obligatoire pour l'émission du relevé 24). Je comprends que je dois m'assurer qu'il est exact afin de recevoir le relevé 24. Le relevé 24 sera envoyé par courriel (important que l'adresse courriel soit exacte). Si vous n'avez pas d'adresse courriel, un montant de 3\$ est exigé pour couvrir les frais postaux.

Je refuse de divulguer mon numéro d'assurance sociale. Je comprends que je ne recevrai pas de relevé 24. Signature : _____ Date : _____

CAMP DE JOUR D'ÉTÉ HORIZON DU 26 JUIN AU 11 AOÛT 2017

(svp cocher vos choix pour chaque partie; le montant total sera calculé par le Programme Horizon jeunesse)

- A) SECTEUR EST (École Jules-Verne : 11811, rue P.M. Favier, bloc sportif, porte #15)
 SECTEUR OUEST (École Saint-Vincent-Marie : 4601, rue de Castille, porte # 2)

- B) 85\$/par semaine (sans service de garde de 8h30 à 15h30)
 100\$/par semaine (avec service de garde SDG à partir de 6h30 jusqu'à 18h)

C) (MINIMUM DE 3 SEMAINES D'INSCRIPTION)

Choix des semaines	Semaine 1 26 au 30 juin <input type="checkbox"/>	Semaine 2 3 au 7 juillet <input type="checkbox"/>	Semaine 3 10 au 14 juillet <input type="checkbox"/>	Semaine 4 17 au 21 juillet <input type="checkbox"/>	Semaine 5 24 au 28 juillet <input type="checkbox"/>	Semaine 6 31 juillet au 4 août <input type="checkbox"/>	Semaine 7 7 au 11 août <input type="checkbox"/>	TOTAL
Choix du service (avec ou sans service de garde)	<input type="checkbox"/> 85\$ <input type="checkbox"/> 100\$	<input type="checkbox"/> 85\$ <input type="checkbox"/> 100\$	<input type="checkbox"/> 85\$ <input type="checkbox"/> 100\$	<input type="checkbox"/> 85\$ <input type="checkbox"/> 100\$	<input type="checkbox"/> 85\$ <input type="checkbox"/> 100\$	<input type="checkbox"/> 85\$ <input type="checkbox"/> 100\$	<input type="checkbox"/> 85\$ <input type="checkbox"/> 100\$	***
Sorties (15\$/sortie)	<input type="checkbox"/> 0\$ <input type="checkbox"/> 15\$	<input type="checkbox"/> 0\$ <input type="checkbox"/> 15\$	<input type="checkbox"/> 0\$ <input type="checkbox"/> 15\$	<input type="checkbox"/> 0\$ <input type="checkbox"/> 15\$	<input type="checkbox"/> 0\$ <input type="checkbox"/> 15\$	<input type="checkbox"/> 0\$ <input type="checkbox"/> 15\$	Spectacle de fin de camp	
Chandail du camp 12\$	GRANDEURS DISPONIBLES (des grandeurs pour les enfants) : P <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL <input type="checkbox"/> <i>*** Le chandail est obligatoire pour les sorties.***</i>							
Frais de poste 3\$	Si vous n'avez pas d'adresse courriel valide et que vous souhaitez avoir le relevé 24 pour les frais de garde du camp de jour, un montant de 3\$ est exigé pour les envois postaux.							
Références	<input type="checkbox"/> CLSC/CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal <input type="checkbox"/> Les agents de concertation Horizon (Nom: _____) <input type="checkbox"/> DPJ/Centres jeunesse <input type="checkbox"/> Autres (précisez svp: _____)							
Rabais /Ajout								
MONTANT À PAYER POUR UN ENFANT								

***** Montant utilisé pour le relevé 24 pour les impôts 2017.**

Pour toute annulation ou question, veuillez contacter Mme Nathalie Simon, adjointe administrative :
 Tél. : (514) 688-6054 (entre 9h et 17h; du lundi au vendredi) : svp laisser un message sur la boîte vocale, un retour d'appel vous sera effectué dans un délai de 24 heures. Courriel : nathalie-simon1108@hotmail.com



4-FICHE DE PAIEMENT ET REMBOURSEMENT

Nom de l'enfant : _____

(à compléter par le Programme Horizon jeunesse)

A) COMPTANT OU CHÈQUE (au nom du Programme Horizon jeunesse)

*** Les seules dates pour les chèques : 20 avril 2017, 20 mai 2017 et 20 juin 2017. ***

*** Tout chèque émis sans provision entraînera des frais supplémentaires de 40\$ et l'annulation de l'inscription sans remboursement. ****

Date du paiement	Montant reçu (comptant)	# Chèque (date prévue)	Balance à payer	Reçu par
		# du chèque: _____ Date: _____ 2017 \$: _____		
		# du chèque: _____ Date: _____ 2017 \$: _____		
		# du chèque: _____ Date: _____ 2017 \$: _____		
		# du chèque: _____ Date: _____ 2017 \$: _____		
		# du chèque: _____ Date: _____ 2017 \$: _____		

PAIEMENT COMPLÉTÉ LE _____ 2017. (_____)

POLITIQUE DE REMBOURSEMENT (à lire attentivement)

- ❖ Vous avez jusqu'au 2 juin 2017, à 15h pour vous faire rembourser. Des frais administratifs de 25\$ vous seront prélevés du dépôt. Les remboursements se feront par chèque seulement; un délai de deux semaines est à prévoir.
- ❖ Aucun remboursement ne sera accordé pour les raisons suivantes : absences lors du séjour au camp et pour une annulation faite une fois le début du camp; sauf sur présentation d'un billet médical. Dans ce dernier cas, un crédit vous sera accordé pour une inscription durant l'année suivante (entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2018).
- ❖ Le paiement complet de l'inscription est exigé avant le début du camp (20 juin 2017 : date limite) pour permettre à l'enfant de débiter le camp de jour.
- ❖ J'ai pris connaissance des politiques d'inscription et de remboursement.
- ❖ Advenant que les informations contenues dans ce formulaire ne soient pas véridiques, le Programme Horizon jeunesse se réserve le droit d'annuler l'inscription à tout moment, et ce sans remboursement.
- ❖ J'atteste que toutes les informations contenues dans ce formulaire sont exactes et complètes.

Signature du parent ou d'un tuteur : _____ Date : _____