



Municipalité de Plaisance  
Formulaire d'inscription – camp de jour 2018

<b>PARTICIPANT</b>			
Nom :		Prénom :	
Adresse : app.			
Municipalité :		Code postal :	Téléphone :
Date de naissance :	Âge :	Numéro d'assurance maladie	Date d'expiration numéro assurance maladie:
Votre enfant sait-il nager? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		Grandeur de T-Shirt :	

<b>ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX</b>			
Allergie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si vous avez coché OUI à l'une de ces questions, veuillez nous fournir plus d'informations :		
Maladie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Médicament <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			

<b>PARENTS/TUTEURS/PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE</b>			
Nom :		Prénom :	
Lien avec l'enfant : <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> tuteur <input type="checkbox"/> Autres précisez :		Personne à contacter en cas d'urgence <input type="checkbox"/>	
Téléphone : <input type="checkbox"/> maison <input type="checkbox"/> travail <input type="checkbox"/> cellulaire	Téléphone : <input type="checkbox"/> maison <input type="checkbox"/> travail <input type="checkbox"/> cellulaire	Courriel :	
Nom :		Prénom :	
Lien avec l'enfant : <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Autres précisez :		Personne à contacter en cas d'urgence <input type="checkbox"/>	
Téléphone : <input type="checkbox"/> maison <input type="checkbox"/> travail <input type="checkbox"/> cellulaire	Téléphone : <input type="checkbox"/> maison <input type="checkbox"/> travail <input type="checkbox"/> cellulaire	Courriel :	
Nom :		Prénom :	
Lien avec l'enfant : <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Autres précisez :		Personne à contacter en cas d'urgence <input type="checkbox"/>	
Téléphone : <input type="checkbox"/> maison <input type="checkbox"/> travail <input type="checkbox"/> cellulaire	Téléphone : <input type="checkbox"/> maison <input type="checkbox"/> travail <input type="checkbox"/> cellulaire	Courriel :	

<b>PAYEUR</b> : pour obtenir un reçu aux fins de l'impôt (relevé 24), veuillez remplir cette section et inscrire votre numéro d'assurance social			
Nom :		Prénom :	
Adresse complète (si différente de celle du participant)			
Téléphone :		Numéro d'assurance social :	

<b>AUTORISATION PARENTALE :</b>	
En signant la présente, j'autorise la direction du camp de jour à prodiguer tous les soins infirmiers nécessaires. Si la direction le juge nécessaire, je l'autorise également à transporter mon enfant, par ambulance ou autrement, dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire.	
Signature du parent ou tuteur :	Date :

<b>ESPACE RÉSERVÉ À LA MUNICIPALITÉ</b>							
Mode de paiement : Comptant :		Chèque :		Camp de jour :		\$	
Signature :				Date :			

**Pour obtenir des informations ou des questions : Jason Carrière 819-923-0873**