



FORMULAIRE D'INSCRIPTION SEMAINE DE RELÂCHE 2012

PARTICIPANT

Prénom :		Nom :		
Adresse :		App :	Code Postal :	
Ville :		Date de naissance :		Âge :
Tél :	Cell :		Tél autre :	
No d'assurance maladie :			Exp :	

RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES POUR LES PARTICIPANTS DE 17 ANS ET MOINS

Nom du père :		Nom de la mère :		
Tél :	Cell :		Tél autre :	
Personne à contacter en cas d'urgence :			Tel :	
Lien avec l'enfant :			Tel autre :	

RELEVÉ 24

Un relevé 24 sera émis seulement au parent payeur si cette section est remplie.

Nom du payeur :	No. Ass. Sociale :
-----------------	--------------------

FICHE DE SANTÉ

	Non	Oui	Fréquence	Traitement à administrer
Allergies				
Asthme				
Diabète				
Épilepsie				
Troubles cardiaques				
Autres				

Le participant a-t-il des besoins particuliers qui nécessiteraient une attention spécifique :

FAITES VOS CHOIX DE SORTIES (Pour description des sorties voir le journal municipal ou le site internet.)

DATE	ENDROIT	COÛT	HEURE D'ARRIVÉE *	HEURE DE DÉPART *
Lundi 5 mars	RÉCRÉ-O-FUN	23 \$ <input type="checkbox"/>		
Mardi 6 mars	Parc aventure Acrobranche	28 \$ <input type="checkbox"/>		
Mercredi 7 mars	Centre CYM X	30 \$ <input type="checkbox"/>		
Jeudi 8 mars	Cabane à sucre Lalande	25 \$ <input type="checkbox"/>		
Vendredi 9 mars	Glissade Mont Avila	32 \$ <input type="checkbox"/>		

***SVP. Veuillez indiquer à quelle heure votre enfant arrivera et partira du chalet des loisirs le jour de la sortie.**

MONTANT TOTAL POUR LA SEMAINE : _____ \$

MODE DE PAIEMENT : ARGENT CHÈQUE

FORFAIT POUR LA SEMAINE COMPLÈTE
LES 5 SORTIES POUR 125 \$:

125 \$

AUTORISATION DES PARENTS

En signant la présente, j'autorise la municipalité de Saint-Isidore à prodiguer tous les soins infirmiers nécessaires à mon enfant. De plus, j'autorise la municipalité de Saint-Isidore à prendre des photos de mon enfant lors des activités et accepte que la municipalité de Saint-Isidore utilise ces photos à des fins publicitaires.

Signature du parent : _____ Date : _____