



FICHE D'INSCRIPTION CAMP GN ÉCUYERS

Renseignements généraux

Nom de l'enfant : _____	Sexe : M _____ F _____
Prénom : _____	Date de naissance : _____
Courriel (optionnel) : _____	Âge lors du séjour : _____ ans
Nom du père (ou tuteur) : _____	Nom de la mère (ou tutrice) : _____
Prénom : _____	Prénom : _____
Adresse : _____	Adresse : _____
Code postal : _____	Code postal : _____
Courriel : _____	Courriel : _____
Téléphone(s) : _____	Téléphone(s) : _____
Résidence : () _____	Résidence : () _____
Cellulaire : () _____	Cellulaire : () _____
Travail : () _____	Travail : () _____

Coordonnées d'une personne autre que les parents ou tuteurs à rejoindre

Nom: _____

Adresse: _____ Code postal _____

Tél.: () _____ Cell.: () _____ Travail : () _____

Lien avec l'enfant : _____

Coordonnées de la personne à qui doit être émis le reçu et le relevé d'impôt pour frais de garde d'enfant (Relevé 24)

Nom: _____

Adresse: _____ Code postal _____

Numéro d'assurance sociale (résident-e du Québec seulement – obligatoire pour l'obtention du Relevé 24) : _____

Tél.: () _____ Cell.: () _____ Travail : () _____

L'enfant aura-t-il des ami(e)s ou parent(s) lors du séjour ? oui ____ non ____ peut-être ____

Si oui, Nom(s) : _____

Choix du séjour

Date du séjour	Frais de séjour*	Cochez	Autobus*	Cochez	Sous Total*
Option 1) 26 au 30 juin 2017 (5 jours)	420.00 \$		40.00\$		\$
Option 2) 3 au 7 juillet 2017 (5 jours)	420.00 \$		40.00\$		\$
Option 3A) 17 au 21 juillet 2017 (5 jours)	420.00 \$		40.00\$		\$
Option 3B) 15 au 21 juillet 2017 (7 jours)	520.00 \$		40.00\$		\$
Option 4) 31 juillet au 4 août 2017 (5 jours)	420.00 \$		40.00\$		\$
Option 5) 7 au 11 août 2017 (5 jours)	420.00 \$		40.00\$		\$
TOTAL DES OPTIONS	\$		\$		\$

* Les taxes sont incluses dans les tarifs indiqués.

Dans le cas du transport par Autobus, veuillez indiquer le point de départ et d'arrivée parmi les choix suivants :

- Métro Longueuil Gare d'autobus de Ste-Foy

Modalités de réservation, d'inscription et de paiement

- Vous devez d'abord réserver une place par courriel à atelier@gn.qc.ca ou par téléphone au (514) 504-9120 avant l'envoi de ce formulaire. La confirmation de l'inscription de votre enfant vous sera envoyée au plus tard une semaine après la réception du paiement, de même que celle de ce formulaire et de la fiche santé dûment complétés. L'Atelier du loisir se réserve le droit de refuser un participant si nous jugeons ne pas pouvoir assurer l'entière sécurité du participant.
- Le paiement peut être fait par chèque, par mandat poste ou par carte de crédit. Un dépôt d'au moins 50% du montant total est demandé pour la confirmation de l'inscription de votre enfant. Le solde (50% restant) doit être reçu ou prélevé au plus tard un mois avant le début du camp. Un reçu vous sera envoyé par courriel (ou par la poste le cas échéant) au plus tard deux semaines après l'encaisse d'un chèque ou une semaine après un prélèvement par carte de crédit.
- Pour tout paiement par carte de crédit (Visa ou MasterCard seulement), veuillez remplir les informations suivantes :
 Nom du détenteur de la carte : _____
 Numéro : _____ Date d'expiration : _____ Numéro de sécurité (À l'endos) : _____
 Prélevez dès réception de ce formulaire le total des frais du séjour soit \$ _____
 Prélevez 50% des frais du séjour à la réception de ce formulaire soit \$ _____ et l'autre 50% un mois avant le camp.

Modalités de remboursement

- Les frais de séjour seront remboursés à 100% dans le cas d'une annulation de 61 jours ou plus avant le début du séjour ou si l'activité est annulée par l'Atelier du loisir.
- Les frais de séjour seront remboursés à 50% dans le cas d'une annulation entre 31 à 60 jours avant le début de l'activité.
- Les frais de séjour ne seront pas remboursés dans le cas d'une annulation de 30 jours ou moins avant le début de l'activité.
- Les frais de séjour seront remboursés dans le cas d'une annulation avant le séjour pour des raisons de santé sur présentation d'un billet du médecin. Dans le cas d'un départ avant la fin du séjour pour cause de santé, l'Atelier du loisir rembourse, au prorata de la durée du séjour total, la portion des frais de séjour non consommée moins \$60.00 pour les frais d'administration.
- Les frais de séjour ne seront pas remboursés si le participant ne se présente pas lors du séjour, s'il quitte pour des raisons autres que la maladie ou s'il est expulsé de l'activité pour faute de comportement.

FICHE SANTÉ POUR GN ÉCUYERS

Renseignements généraux

Nom de l'enfant : _____ Prénom : _____

Complétée par : Parent de l'enfant Médecin
 Tuteur de l'enfant Autre, spécifiez : _____

Numéro d'assurance maladie de l'enfant : _____ Expiration : _____

(Une PHOTOCOPIE de la carte d'assurance maladie doit être remise au responsable de l'accueil au début du séjour)

Nom du médecin traitant: _____ Clinique ou hôpital : _____

Téléphone du Médecin : _____

Antécédents chirurgicaux

Date: _____ Date : _____
Décrire: _____ Décrire : _____

Blessures graves

Date: _____ Date : _____
Décrire: _____ Décrire : _____

Maladies chroniques ou récurrentes

Date: _____ Date : _____
Décrire: _____ Décrire : _____

Autres particularités

Décrire: _____ Décrire : _____

Vaccination

	Oui	Non	Date		Oui	Non	Date
Rougeole :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	Oreillons :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Rubéole :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	DCT :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Autres, précisez :			_____	Polio :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

Médicaments

Votre enfant prend-il des médicaments: Oui Non Les prend-il lui-même : Oui Non

Nom du médicament	Posologie
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Allergies

	Oui	Non	Précisez		Oui	Non	Précisez
Fièvre des foins :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	Pénicilline :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Herbe à puce :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	Médicaments :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Piqûres d'insectes :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	Arachides, noix :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Animaux :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	Allergie alimentaire :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

Autres, précisez : _____

Votre enfant a-t-il droit à de l'adrénaline (Epipen, Ana-Kit) pour ses allergies? Oui Non

Si oui, qui est autorisé à conserver et administrer ce médicament et selon quelle posologie ?

Enfant lui-même Moniteur de l'enfant Toute personne adulte responsable

A SIGNER SI VOTRE ENFANT A UNE DOSE D'ADRÉNALINE

Par la présente, j'autorise les personnes désignées par l'Atelier du loisir à administrer selon le besoin en cas d'urgence, la dose d'adrénaline (_____) à mon enfant. Signature du parent ou tuteur _____

Participant

Si l'enfant inscrit est une fille, a-t-elle déjà eu ses menstruations ?

Oui Non, elle n'est pas renseignée Non, elle est renseignée

Autorisations et signature

En signant la présente, je confirme les suivantes :

Je confirme l'inscription de l'enfant inscrit en page frontispice et autorise l'Atelier du loisir à procéder à l'encaissement du paiement ci-joint. Je reconnais également avoir pris connaissance des modalités de remboursement.

J'autorise l'Atelier du loisir à prendre des photos et (ou) des vidéos de l'enfant inscrit en page frontispice pendant la durée du séjour et à se servir de ce matériel en tout ou en partie à des fins publicitaires (brochures, revues, journaux, télévision, etc.) Tout le matériel utilisé demeurera la propriété de l'Atelier du Loisir.

J'autorise l'Atelier du loisir à prodiguer tous les soins infirmiers nécessaires pour l'enfant inscrit en page frontispice. Si la direction le juge nécessaire je l'autorise également à transporter cet enfant par ambulance ou autrement, dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire. De plus, s'il est impossible de nous joindre, j'autorise le médecin choisi par les autorités de l'Atelier du loisir à prodiguer à cet enfant durant son séjour, tous les soins médicaux requis par son état, y compris la pratique d'une intervention chirurgicale, des injections, l'anesthésie et l'hospitalisation.

Nom du parent ou tuteur

Signature du parent ou tuteur

Lieu et date de la signature

**Prière de retourner cette fiche d'inscription, la fiche santé
et une photocopie de la carte d'assurance maladie**

À l'adresse suivante :
ATELIER DU LOISIR
800, RUE DE CHÂTEAUGUAY, PORTE 5
LONGUEUIL, QUÉBEC
J4H 2L5

OU

Par courriel :
ATELIER@GN.QC.CA