

RENSEIGNEMENTS FAMILLE (FAMILY'S INFORMATION)

Adresse (Address) :	Ville (City) :
Code postal (Postal Code):	Téléphone (Phone):
Adresse courriel d'un des parents (Email adress of one parent):	
Mot de passe (Password) : _____	

Toute personne autorisée venant chercher votre/vos enfant (s) devra obligatoirement dire le mot de passe afin de quitter le site. (Any authorized person picking up your child/children must necessarily tell the password to leave the site.)

INFORMATIONS PARENTS (PARENT'S INFORMATION)

	Mère (mother)	Père (father)
Nom (name)		
Tel #1		
Type (cell, bureau (office), etc.)		
Tel #2		
Type (cell, bureau (office), etc.)		

À COMPLÉTER OBLIGATOIREMENT PAR UN DES PARENTS POUR LES IMPOTS (RELEVÉ 24) MUST BE COMPLETED BY ONE OF THE PARENTS TO RECEIVE THE T-24 RECEIPT

Nom (last name)	Prénom (first name)
Adresse (address)	App. (apt. #)
Ville (city)	Code Postal (postal code)
NAS/ SIN _____	

PERSONNES RESPONSABLES À AVISER EN CAS D'URGENCE (EMERGENCY CONTACTS)

Contact #1		Contact #2		Contact #3	
Mère (mother)	<input type="checkbox"/>	Mère (mother)	<input type="checkbox"/>	Mère (mother)	<input type="checkbox"/>
Père (father)	<input type="checkbox"/>	Père (father)	<input type="checkbox"/>	Père (father)	<input type="checkbox"/>
Autre personne (other person)	<input type="checkbox"/>	Autre personne (other person)	<input type="checkbox"/>	Autre personne (other person)	<input type="checkbox"/>
Nom (name)		Nom (name)		Nom (name)	
Lien avec l'enfant (Relationship)		Lien avec l'enfant (Relationship)		Lien avec l'enfant (Relationship)	
Tel #1		Tel #1		Tel #1	
Tel #2		Tel #2		Tel #2	

J'autorise les responsables à prendre les décisions qui s'imposent pour la santé et la sécurité de mon/mes enfant(s). J'autorise la direction à agir en mon nom en cas d'urgence, afin de fournir au participant les soins médicaux et/ou chirurgicaux requis par son état de santé. (I authorize Management to take appropriate action for my child's/children health and safety. I also authorize Management to act on my behalf, should an emergency arise and to provide my child/ children with the appropriate medical care and/or surgical care.)

Oui / Yes Non / No

La direction n'assume pas la responsabilité des effets personnels perdus et des frais d'ambulance. (Management is not responsible for lost objects and the Town will not assume the costs related to ambulance emergency services.)

Nom / Name: _____ Date: ____/____/____
Signature: _____

RENSEIGNEMENTS ENFANT # 1 (CHILD'S INFORMATION)

Nom de famille (Last Name) :		Prénom (First Name) :	
Date de naissance (DOB) : AAAA / MM / JJ			
No assurance-maladie (Medicare card #)		Exp. M / A	
Allergies (Allergies) : Oui / Yes <input type="checkbox"/> Non / No <input type="checkbox"/> Précisez :		Votre enfant aura-t-il des médicaments à prendre lors des activités ? (Does your child need to take medication during the activities?): Oui / Yes <input type="checkbox"/> Non / No <input type="checkbox"/> Détails (Details) :	
Médicaments contre ces allergies (Medication) :			
Autres informations pertinentes sur la santé ou le comportement de votre enfant : (Other pertinent information on your child's health and/or behavior)			

En fin de journée, l'enfant retournera à la maison (At the end of the day, my child will return home)
 Seul (alone) Parents Autre personne (other person) : _____

Si votre enfant participe à la journée du MARDI (If your child is register to TUESDAY activity)
L'enfant sait-il nager sans aide? (Can the child swim without help?) Oui / Yes Non / No
L'enfant a-t-il besoin d'un gilet de sauvetage? (Does the child need a life jacket?) Oui / Yes Non / No

***** VOUS DEVEZ FOURNIR LE GILET DE SAUVETAGE DE VOTRE ENFANT*****
***** YOU MUST PROVIDE THE LIFE JACKET FOR YOUR CHILD *****

RENSEIGNEMENTS ENFANT # 2 (CHILD'S INFORMATION)

Nom de famille (Last Name) :		Prénom (First Name) :	
Date de naissance (DOB) : AAAA / MM / JJ			
No assurance-maladie (Medicare card #)		Exp. M / A	
Allergies (Allergies) : Oui / Yes <input type="checkbox"/> Non / No <input type="checkbox"/> Précisez :		Votre enfant aura-t-il des médicaments à prendre lors des activités ? (Does your child need to take medication during the activities?): Oui / Yes <input type="checkbox"/> Non / No <input type="checkbox"/> Détails (Details) :	
Médicaments contre ces allergies (Medication) :			
Autres informations pertinentes sur la santé ou le comportement de votre enfant : (Other pertinent information on your child's health and/or behavior)			

En fin de journée, l'enfant retournera à la maison (At the end of the day, my child will return home)
 Seul (alone) Parents Autre personne (other person) : _____

Si votre enfant participe à la journée du MARDI (If your child is register to TUESDAY activity)
L'enfant sait-il nager sans aide? (Can the child swim without help?) Oui / Yes Non / No
L'enfant a-t-il besoin d'un gilet de sauvetage? (Does the child need a life jacket?) Oui / Yes Non / No

***** VOUS DEVEZ FOURNIR LE GILET DE SAUVETAGE DE VOTRE ENFANT*****
***** YOU MUST PROVIDE THE LIFE JACKET FOR YOUR CHILD *****

RENSEIGNEMENTS ENFANT # 3 (CHILD'S INFORMATION)

Nom de famille (Last Name) :		Prénom (First Name) :	
Date de naissance (DOB) : AAAA / MM / JJ			
No assurance-maladie (Medicare card #)		Exp. M / A	
Allergies (Allergies) : Oui / Yes <input type="checkbox"/> Non / No <input type="checkbox"/> Précisez :		Votre enfant aura-t-il des médicaments à prendre lors des activités ? (Does your child need to take medication during the activities?): Oui / Yes <input type="checkbox"/> Non / No <input type="checkbox"/> Détails (Details) :	
Médicaments contre ces allergies (Medication) :			
Autres informations pertinentes sur la santé ou le comportement de votre enfant : (Other pertinent information on your child's health and/or behavior)			

En fin de journée, l'enfant retournera à la maison (At the end of the day, my child will return home)
 Seul (alone) Parents Autre personne (other person) : _____

Si votre enfant participe à la journée du MARDI (If your child is register to TUESDAY activity)
L'enfant sait-il nager sans aide? (Can the child swim without help?) Oui / Yes Non / No
L'enfant a-t-il besoin d'un gilet de sauvetage? (Does the child need a life jacket?) Oui / Yes Non / No

***** VOUS DEVEZ FOURNIR LE GILET DE SAUVETAGE DE VOTRE ENFANT*****
***** YOU MUST PROVIDE THE LIFE JACKET FOR YOUR CHILD *****

Date	Activité/Activity	Tarif Cost	Enfant #1 (✓)	Enfant #2 (✓)	Enfant #3 (✓)	Adulte (✓)
5 mars / March 5	Épopée au Far West A far west experience	25 \$				
6 mars / March 6	La cabane à sucre Sugar shack	30 \$				
7 mars / March 7	Glissade aux pays d'en Haut Snow tubing	40 \$				45\$ <input type="checkbox"/>
8 mars / March 8	On d'hivertit! Wintertainment	25 \$				
9 mars / March 9	Des activités sautées Crazy stuff	25\$				
SOUS-TOTAL						
TOTAL						\$

Service de garde/ Day care Enfant #1						
	5 mars	6 mars	7 mars	8 mars	9 mars	Total
Am (5\$)						
Pm (5\$)						
Am et/and Pm (7\$)						

Service de garde/ Day care Enfant #2						
	5 mars	6 mars	7 mars	8 mars	9 mars	Total
Am (5\$)						
Pm (5\$)						
Am et/and Pm (7\$)						

Service de garde/ Day care Enfant #3						
	5 mars	6 mars	7 mars	8 mars	9 mars	Total
Am (5\$)						
Pm (5\$)						
Am et/and Pm (7\$)						

Total SDG						\$
------------------	--	--	--	--	--	----

POLITIQUE DE REMBOURSEMENT:

Consultez le règlement numéro 668 pour tous les détails relatifs à la politique de remboursement.

REFUND POLICY:

See the law number 668 for details regarding the refund policy.

SECTION RÉSERVÉE À LA VILLE / RESERVED FOR THE TOWN

TOTAL		
Section	Total	Grand Total
Activités		Comptant: _____ \$ Chèque: _____ \$ # Chèque: _____
Service de garde		