

Camp d'hiver 2023



FORMULAIRE D'INSCRIPTION

**Du 9 au 15 janvier pour les résidents seulement et ouvert à tous par la suite.
Faites vite, les places sont limitées.**

La municipalité de Mont-Blanc souhaite offrir un camp lors de la semaine de relâche du 27 février au 3 mars pour les enfants de 5 à 12 ans. Toutefois, si le nombre d'inscriptions minimum n'est pas atteint, le camp sera annulé. Le tout vous sera confirmé au plus tard le 8 février.

Il est important de répondre à toutes les questions. **L'adresse courriel est obligatoire**, puisque ce moyen de communication sera utilisé pour vous confirmer la tenue du camp, pour procéder au paiement et vous transmettre l'INFO-PARENT comprenant toutes les informations nécessaires sur le camp.

Informations sur le camp

- Coût pour la semaine : 114 \$ pour les résidents et 150 \$ pour les non-résidents.
- Le paiement sera encaissé dans la semaine du 8 février après la confirmation du service.
- Lieu : Salle Bellevue, au 64 rue de la Culture.
- Heures d'ouverture : 7 h 30 à 17 h 30.
- Information : loisirsculture@mont-blanc.quebec ou 819 688-2161 p.258

ENFANT

NOM : _____ PRÉNOM : _____

ADRESSE : _____ MUNICIPALITÉ : _____

CODE POSTAL : _____ # TÉL. : _____

DATE DE NAISS. : _____ # ASS. MALADIE : _____ Expire le _____

ÂGE : _____ ANNÉE SCOLAIRE TERMINÉE : _____

MÈRE

NOM : _____ PRÉNOM : _____

ADRESSE : _____ MUNICIPALITÉ : _____

CODE POSTAL : _____ # TÉL. : _____

ADRESSE COURRIEL : _____

PÈRE

NOM : _____ PRÉNOM : _____

ADRESSE : _____ MUNICIPALITÉ : _____

CODE POSTAL : _____ # TÉL. : _____

ADRESSE COURRIEL: _____

À compléter afin de nous aider à planifier l'horaire de travail des animateurs.

Cochez les journées de présence prévue :

Lundi : Mardi : Mercredi : Jeudi : Vendredi :

Notez approximativement les heures d'arrivée et de départ de votre enfant au camp :

Lundi : AM ____ PM ____ Mardi : AM ____ PM ____ Mercredi : AM ____ PM ____

Jeudi : AM ____ PM ____ Vendredi : AM ____ PM ____

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES :

VOTRE ENFANT QUITTE LE CAMP SEUL : OUI NON

SI NON, QUI VIENT LE CHERCHER ? _____

EN CAS D'URGENCE :

NOM : _____ **# TÉL. :** _____ **LIEN :** _____

NOM : _____ **# TÉL. :** _____ **LIEN :** _____

DOSSIER SANTÉ DE L'ENFANT :

VOTRE ENFANT DOIT-IL PRENDRE DES MÉDICAMENTS : OUI NON

SI OUI, LEQUEL (LESQUELS) ET POURQUOI : _____

POSOLOGIE : _____

PEUT-IL LE PRENDRE SEUL : OUI NON

SI NON, QUI A L'AUTORISATION DE LUI DONNER ? _____

ALLERGIE(S) : _____

MON ENFANT A UN "ÉPIPEN" : OUI NON

IL EST CAPABLE DE S'EN SERVIR SEUL : OUI NON

SI NON, À QUI DONNEZ-VOUS L'AUTORISATION DE LUI ADMINISTRER, S'IL Y A LIEU ?

J'AUTORISE MON ENFANT À PRENDRE L'AUTOBUS LORS DES SORTIES : OUI NON

J'AUTORISE LE CAMP À PRENDRE DES PHOTOS DE MON ENFANT : OUI NON

J'AUTORISE LA MUNICIPALITÉ À UTILISER CES PHOTOS DANS SES PUBLICATIONS : OUI NON

REMARQUE(S) : _____

RELEVÉ 24

MÈRE PÈRE # ASS. SOCIALE : _____

ÊTES-VOUS NOUVEAU RESIDENT : OUI NON SI OUI, DEPUIS QUAND : _____

SIGNATURE DU PARENT

DATE

À compléter : Montant : _____ \$ **MODE DE PAIEMENT :** (Frais applicables pour chèque sans provision)

Chèque Carte de crédit # de la carte _____ Exp. _____ Code : _____