

IDENTIFICATION DES PARENTS

RENSEIGNEMENTS SUR LE PÈRE

Nom du père :	Numéro d'assurance sociale :	
Adresse :	Ville :	Code Postal :
Téléphone résidence :	Téléphone travail :	
Autre :	Adresse courriel :	

RENSEIGNEMENTS SUR LA MÈRE

Nom de la mère :	Numéro d'assurance sociale :	
Adresse :	Ville :	Code Postal :
Téléphone résidence :	Téléphone travail :	
Autre :	Adresse courriel :	

** Le numéro d'assurance social DU PARENT AU NOM DE QUI ON ÉMET LE REÇU est obligatoire afin de remettre le relevé 24.*

PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom et prénom :	Lien avec l'enfant :
Téléphone résidence :	Téléphone travail :
Autre :	Autre :

CONTRAT LIANT LA CORPORATION POUR LE DÉVELOPPEMENT DE L'ÎLE SAINT-QUENTIN ET LE CLIENT

LA CORPORATION S'ENGAGE À

- Assurer la présence d'un animateur auprès de l'enfant, d'une façon continue et ce, à partir de l'arrivée de l'enfant jusqu'au moment du départ de celui-ci.
- Offrir un environnement sécuritaire à votre ou vos enfant(s).
- Donner un repas complet par jour à l'enfant ainsi que des collations.

LE PARENT S'ENGAGE À

- Amener l'enfant en personne à l'endroit qui vous sera désigné avant le début du camp et à signer la fiche de prise de présences.
- Venir chercher l'enfant en personne à l'endroit désigné et à signer la fiche de prise de départ.
- Le service de garde ouvre à 7 h 30 et ferme à 17 h 30. Un montant de 2,00 \$ est exigé par tranche de 5 minutes de retard.
- Payer la totalité du montant inscrit au contrat.
- Ne pas annuler de semaines de camp, sauf sur billet du médecin.
- Pour tout ajout de semaines, celles-ci doivent être faites au maximum mercredi de la semaine précédente. S'il y a ajout après le mercredi, une pénalité de 25 \$ sera appliquée.

CONDITIONS GÉNÉRALES

- La **CORPORATION** se réserve le droit de mettre fin à ce présent contrat advenant un non-respect des règles du code de vie.
- J'autorise la Corporation pour le développement du Parc de l'île Saint-Quentin à utiliser des photos et vidéos sur lesquels on aperçoit un ou mes enfant(s) à des fins commerciales et promotionnelles.

CONFIRMATION D'INSCRIPTION

Inscription confirmée uniquement sur réception de tous les documents énumérés ci-dessous :

- Le présent contrat (identification des parents, identifications des enfants, personnes autorisées à venir chercher les enfants et choix des semaines de camp).
- Un chèque couvrant le montant pour la première semaine du camp.
- Des chèques postdatés, **libellés au nom de CDISQ** (Corporation pour le développement de l'île Saint-Quentin) du lundi de la semaine précédant la semaine de participation de votre enfant.
Une confirmation d'inscription sera envoyée par courriel.

J'approuve et j'ai pris connaissance de crédit contrat.

Les informations inscrites dans le présent document sont véridiques et vérifiables.

Signature du parent : _____ Date : _____

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

Approuvé par : _____ Date : _____

IDENTIFICATION DES ENFANTS

NOM DU 1^{ER} ENFANT : _____ **Prénom :** _____

Date de naissance : _____

Numéro d'assurance maladie : _____ **Date d'expiration :** _____

Tempérament de l'enfant : <input type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> Enjoué <input type="checkbox"/> Timide Autres, précisez : _____ _____	Est-ce que votre enfant souffre ou a déjà souffert de : <input type="checkbox"/> Problème aux yeux <input type="checkbox"/> Maux d'oreille <input type="checkbox"/> Otite <input type="checkbox"/> Tuberculose <input type="checkbox"/> Asthme <input type="checkbox"/> Hépatite <input type="checkbox"/> Épilepsie <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Rougeole Autres, précisez : _____ _____	Est-ce que votre enfant a des dispositions à : <input type="checkbox"/> Évanouissement <input type="checkbox"/> Saignements de nez <input type="checkbox"/> Indigestion <input type="checkbox"/> Asthme <input type="checkbox"/> Allergie(s), précisez : _____ _____	Est-ce que votre enfant possède un système d'injection d'adrénaline ou autre ? Si oui, précisez : _____ Est-ce que votre enfant prend des médicaments actuellement ? Si oui, précisez : _____ _____
--	--	--	--

NOM DU 2^E ENFANT : _____ **Prénom :** _____

Date de naissance : _____

Numéro d'assurance maladie : _____ **Date d'expiration :** _____

Tempérament de l'enfant : <input type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> Enjoué <input type="checkbox"/> Timide Autres, précisez : _____ _____	Est-ce que votre enfant souffre ou a déjà souffert de : <input type="checkbox"/> Problème aux yeux <input type="checkbox"/> Maux d'oreille <input type="checkbox"/> Otite <input type="checkbox"/> Tuberculose <input type="checkbox"/> Asthme <input type="checkbox"/> Hépatite <input type="checkbox"/> Épilepsie <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Rougeole Autres, précisez : _____ _____	Est-ce que votre enfant a des dispositions à : <input type="checkbox"/> Évanouissement <input type="checkbox"/> Saignements de nez <input type="checkbox"/> Indigestion <input type="checkbox"/> Asthme <input type="checkbox"/> Allergie(s), précisez : _____ _____	Est-ce que votre enfant possède un système d'injection d'adrénaline ou autre ? Si oui, précisez : _____ Est-ce que votre enfant prend des médicaments actuellement ? Si oui, précisez : _____ _____
--	--	--	--

NOM DU 3^E ENFANT : _____ **Prénom :** _____

Date de naissance : _____

Numéro d'assurance maladie : _____ **Date d'expiration :** _____

Tempérament de l'enfant : <input type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> Enjoué <input type="checkbox"/> Timide Autres, précisez : _____ _____	Est-ce que votre enfant souffre ou a déjà souffert de : <input type="checkbox"/> Problème aux yeux <input type="checkbox"/> Maux d'oreille <input type="checkbox"/> Otite <input type="checkbox"/> Tuberculose <input type="checkbox"/> Asthme <input type="checkbox"/> Hépatite <input type="checkbox"/> Épilepsie <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Rougeole Autres, précisez : _____ _____	Est-ce que votre enfant a des dispositions à : <input type="checkbox"/> Évanouissement <input type="checkbox"/> Saignements de nez <input type="checkbox"/> Indigestion <input type="checkbox"/> Asthme <input type="checkbox"/> Allergie(s), précisez : _____ _____	Est-ce que votre enfant possède un système d'injection d'adrénaline ou autre ? Si oui, précisez : _____ Est-ce que votre enfant prend des médicaments actuellement ? Si oui, précisez : _____ _____
--	--	--	--

PERSONNE(S) AUTORISÉE(S) À VENIR CHERCHER MON ENFANT

Nom de ou des enfant(s) :

PRÉNOM	NOM	LIEN DE PARENTÉ	# TÉLÉPHONE

J'autorise la/les personne(s) mentionnée(s) ci-haut à venir chercher mon enfant au camp de jour du Parc de l'île Saint-Quentin.

Signature du parent

CHOIX DES SEMAINES

Offre clé en main incluant :	Tarifs	1 ^{er} enfant	2 ^e enfant et plus
Service de garde gratuit Repas et collations santé Activités de plein air connectées sur l'environnement de l'île	1 à 3 semaines *du 25 juin au 17 août	155 \$ / semaine	145 \$ / semaine
	4 à 8 semaines *du 25 juin au 17 août	130 \$ / semaine	125 \$ / semaine
	8 semaines *du 25 juin au 17 août	880 \$ au total par enfant pour un équivalent de 110 \$ / semaine	
	9 semaines	155 \$ /semaine	145 \$ / semaine

Sélectionner les semaines d'inscription de votre (vos) enfant (s) en cochant les semaines appropriées.

GRILLE D'INSCRIPTION CAMP DE JOUR 2019

Semaines / Description		1 ^{er} enfant	2 ^e enfant	3 ^e enfant
1	La flore et la faune			
	25 au 28 juin			
2	Sauveteurs en herbe			
	2 au 5 juillet			
3	Les sportifs			
	8 au 12 juillet			
4	Les petits sorciers			
	15 au 19 juillet			
5	La maritime			
	22 au 26 juillet			
6	Les aventuriers			
	29 juillet au 2 août			
7	La culturelle			
	5 au 9 août			
8	Une vie équilibrée			
	12 au 16 août			
9	Les petits historiens			
	19 au 23 août			
Nombre de semaines totales de camp de jour		\$	\$	\$
Total des frais par enfants		\$	\$	\$
Total des frais pour le camp de jour		\$		

MODALITÉS DE PAIEMENT

Vous devez fournir avec le présent document un chèque encaissable immédiatement pour la première semaine du camp. Pour les autres semaines, vous devez fournir avec le présent document, des chèques postdatés **libellés au nom CDISQ** (CDISQ pour Corporation pour le développement de l'île Saint-Quentin) de la semaine précédant la semaine de participation de votre (vos) enfant (s) au camp de jour.

POLITIQUE D'ANNULATION

Aucun remboursement ne sera accordé sauf sur présentation d'un billet médical. Le cas échéant, les frais payés seront remboursés pour les semaines non complétées, à l'exception des frais d'administration.

Faire parvenir votre formulaire d'inscription par courriel au info.ilestquentin@v3r.net ou par la poste avec le paiement à Parc de l'île Saint-Quentin, 10, place de la Rosalie C.P. 956, Trois-Rivières (Québec) G9A 5K2 | Téléphone : 819 373-8151 poste 5370 | Télécopieur : 819 373-2229