



Camp de perfectionnement de soccer Été 2017

IDENTIFICATION	
Nom	No d'affiliation
Prénom	
Votre enfant sait-il nager ? Oui [] Non [] Niveau	

PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE	
Nom	Nom
Prénom	Prénom
Téléphone	Téléphone
Lien	Lien

FRAIS D'INSCRIPTION	
<input type="checkbox"/> Semaine #1 – 26 au 30 juin – 140 \$	_____ \$
<input type="checkbox"/> Semaine #2 – 3 au 7 juillet – 140 \$	_____ \$
<input type="checkbox"/> Semaine #3 – 10 au 14 juillet – 140 \$	_____ \$
<input type="checkbox"/> Semaine #4– 17 au 21 juillet – 140 \$	_____ \$
<input type="checkbox"/> Supplément gardien – 40 \$	_____ \$
<input type="checkbox"/> Supplément frais d'affiliation – 21 \$	_____ \$
	_____ \$
Comptant [] Débit [] Chèque [] No D/C _____ No reçu _____ Total _____	_____ \$
Service de garde disponible avant et après nos heures de camp, frais en sus.	

MODALITÉ DE DÉPART EN FIN DE JOURNÉE	
Mon enfant quittera le camp seul	Oui [] Non []
Mon enfant ira au service de garde	Oui [] Non []
Personnes autorisées à venir chercher l'enfant (verso)	

MODALITÉ DE DÉPART EN FIN DE JOURNÉE

Nom _____ Lien _____

Nom _____ Lien _____

POLITIQUE DE REMBOURSEMENT

- Les chèques postdatés sont acceptés et l'inscription doit être payée au complet 14 jours avant le début du camp.
- Des frais de 25 \$ seront facturés pour les chèques sans provisions.
- Des frais de 25 \$ seront facturés pour une annulation avant le début du camp.
- Aucun remboursement ne sera fait après le début du camp, sauf avec un certificat médical.
- Advenant le manque d'inscription, il est possible qu'une semaine soit annulée. Il y aura alors un remboursement complet.

FICHE DE SANTÉ DE L'ENFANT

Votre enfant a-t-il des problèmes de santé (asthme, allergies, diabètes ...)

Oui [] Non [] Précisez _____

Votre enfant est-il allergique à des médicaments ?

Oui [] Non [] Précisez _____

Votre enfant prend-il des médicaments avec ou sans prescriptions ?

Oui [] Non [] Précisez _____

AUTORISATION MÉDICALE

J'autorise les responsables du camp de perfectionnement de l'A.S.R.P.P. à distribuer ou à administrer des médicaments selon une posologie précise transmise par les parents qui en feront la demande par écrit. Le responsable du camp me fera part de toute décision quant aux soins prodigués à mon enfant dans les plus brefs délais afin d'obtenir mon accord. S'il est impossible aux responsables du camp de me joindre, je les autorise à intervenir en mon nom. De plus, en cas d'urgence grave, j'autorise le médecin traitant à effectuer tout traitement incluant une anesthésie, une opération, une hospitalisation ou autre dans le but de soigner ou de sauver la vie de mon enfant.

CONDITIONS

L'enfant ne quittera jamais le camp sans permission écrite et sans signer le registre de départs. Les responsables du camp se réservent le droit d'annuler une inscription au 3^e avertissement pour des raisons disciplinaires. Les parents s'engagent à respecter l'horaire du camp (matin et soir). L'A.S.R.P.P. ne peut être tenue responsable des objets perdus, volés ou endommagés.

J'accepte toutes les politiques et les conditions du camp de perfectionnement de l'A.S.R.P.P.

Date _____

Signature du parent _____