



# CLUB DE VACANCES LES TOURNESOLS

Centre de Loisirs et d' Animation Culturelle de Guybourg

1905, rue de Cadillac, Montréal, Qc, H1N 2T4

Tél.: (514) 252-8080

Fax: (514) 252-4740

Courriel: info@clacdeguybourg.org

Site: www.clacdeguybourg.org

## INFORMATIONS GÉNÉRALES

### ENFANT:

NOM DE FAMILLE: \_\_\_\_\_ PRÉNOM: \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ÂGE: \_\_\_\_\_  M  F

ADRESSE: \_\_\_\_\_ APP.: \_\_\_\_\_

VILLE: \_\_\_\_\_ CODE POSTAL: \_\_\_\_\_

VOTRE ENFANT SAIT-IL NAGER ?  OUI  NON  UN PEU

### MÈRE:

NOM DE FAMILLE: \_\_\_\_\_ PRÉNOM: \_\_\_\_\_

TÉL. MAISON: \_\_\_\_\_ TÉL. TRAVAIL: \_\_\_\_\_

CELL.: \_\_\_\_\_ COURRIEL: \_\_\_\_\_

### PÈRE:

NOM DE FAMILLE: \_\_\_\_\_ PRÉNOM: \_\_\_\_\_

TÉL. MAISON: \_\_\_\_\_ TÉL. TRAVAIL: \_\_\_\_\_

CELL.: \_\_\_\_\_ COURRIEL: \_\_\_\_\_

QUI DOIT-ON CONTACTER EN PREMIER ?

MÈRE  PÈRE

## FICHE MÉDICALE

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE: \_\_\_\_\_ DATE D'EXPIRATION: \_\_\_\_\_

ALLERGIE:  NON  OUI SI OUI, SPÉCIFIEZ: \_\_\_\_\_

VOTRE ENFANT PREND-T-IL DES MÉDICAMENTS:  NON  OUI

SI OUI, VEUILLEZ INDIQUER (NOM DU/DÉS MÉDICAMENT(S), FRÉQUENCE, DOSE, RAISON:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Y A-T-IL D'AUTRES FACTEURS RELEVANT DE L'ÉTAT PHYSIQUE OU ÉMOTIF QUE VOUS AIMERIEZ NOUS FAIRE CONNAÎTRE ? :

\_\_\_\_\_

J'AUTORISE, pour des raisons de sécurité, les responsables du camp de jour du C.L.A.C de Guybourg , à diffuser à tout le personnel du groupe de mon enfant, l'information contenue dans la fiche santé et, en cas d'urgence (accident ou maladie subite), à prendre les mesures nécessaires pour prodiguer les premiers soins et à veiller au transport de mon enfant en ambulance à l'hôpital, si nécessaire. Le transport vers un centre hospitalier est aux frais du parent.

NON  OUI SIGNATURE: \_\_\_\_\_

**EN CAS D'URGENCE  
PERSONNES À CONTACTER (AUTRES QUE LES PARENTS)**

1. NOM: \_\_\_\_\_ TÉLÉPHONE: \_\_\_\_\_  
 LIEN AVEC L'ENFANT: \_\_\_\_\_  
 2. NOM: \_\_\_\_\_ TÉLÉPHONE: \_\_\_\_\_  
 LIEN AVEC L'ENFANT: \_\_\_\_\_

**AUTORISATIONS**

**PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER MON ENFANT**

VEUILLEZ INDIQUER LE NOM ET LE LIEN DE TOUTES PERSONNES AUTRES QUE LES PARENTS QUI SONT AUTORISÉES À VENIR CHERCHER VOTRE ENFANT:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**AUTORISATION DE QUITTER LE CAMP DE JOUR SEUL**

J'AUTORISE, à moins d'un avis contraire de ma part, mon enfant à quitter le camp de jour seul à chaque jour. Je dégage le C.L.A.C de Guybourg de toute responsabilité qui en découle.

NON  OUI

**AUTORISATION POUR LES PHOTOS**

J'AUTORISE le camp de jour du C.L.A.C de Guybourg à produire du matériel promotionnel (vidéo, photos) dans lequel mon enfant pourrait être inclus.

J'ACCEPTÉ  JE REFUSE

**AUTORISATION POUR LES SORTIES**

J'AUTORISE mon enfant à participer aux sorties et à toutes activités qui s'y rattachent. Par le fait même, j'autorise le transport en autobus scolaire lors des sorties.

NON  OUI

**GUIDE D'INFORMATION CAMP DE JOUR POUR LE PARENT**

Je comprends, par la présente, que j'ai la responsabilité de lire le GUIDE DU PARENT que je peux me procurer au bureau administratif (local: 104) ou sur le site internet.

NON  OUI      INITIALES: \_\_\_\_\_

**CAMP DE JOUR**

SEM. 1   SEM. 2   SEM. 3   SEM. 4   SEM. 5   SEM. 6   SEM. 7   SEM. 8

                   

|   |
|---|
| SEM. 9<br><input type="checkbox"/><br>70.00\$ |
|---|

*\* 3 à 5 ans: 70\$ par semaine / 6 à 12 ans: 55\$ par semaine*

**SERVICE DE GARDE**

AM

|                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| SEM. 1                   | SEM. 2                   | SEM. 3                   | SEM. 4                   | SEM. 5                   | SEM. 6                   | SEM. 7                   | SEM. 8                   | SEM. 9                   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

PM

|                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| SEM. 1                   | SEM. 2                   | SEM. 3                   | SEM. 4                   | SEM. 5                   | SEM. 6                   | SEM. 7                   | SEM. 8                   | SEM. 9                   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

*\* 3 à 12 ans: 40\$ par semaine et/ou 5\$ par bloc (am/pm)*

# PAIEMENT

## REÇU POUR FIN D'IMPÔT

OBLIGATOIRE : VEUILLEZ INDIQUER LE NOM DU PAYEUR. IL/ELLE RECEVRA LE REÇU POUR LES IMPÔTS.

NOM: \_\_\_\_\_ N.A.S.: \_\_\_\_\_

### ESPACE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

|   |   |        |          |
|---|---|--------|----------|
| C.D.J: NOMBRE DE SEMAINE(S):                            | X   | =      | \$       |
| S.D.G. NOMBRE DE SEMAINE(S):                            | X   | 40\$ = | \$       |
| SEMAINE 9:  | <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui | 70\$ = | \$       |
| FRAIS D'INSCRIPTION:                                    |   | 10\$ = | 10.00 \$ |
| NOMBRE DE CHANDAIL(S):<br>GRANDEUR: XS / S / M / L / XL | X   | =      | \$       |
| TOTAL:  |   |        | \$       |
| MONTANT PAYÉ:   |   |        | \$       |
| BALANCE:  |   |        | \$       |

MÉTHODE DE PAIEMENT: ARGENT COMPTANT

CHÈQUE  no. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE DU PARENT

\_\_\_\_\_  
RESPONSABLE C.L.A.C DE  
GUYBOURG

\_\_\_\_\_  
DATE