



Grille d'inscription

Renseignements concernant le campeur

Nom: _____

Prénom: _____

Date de naissance: _____

Âge: _____ Sexe: M F

C'est ma _____ année au camp Air-Eau-Bois.

J'habite chez: mes parents mon père ma mère

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PARENTS

Nom du parent responsable ou tuteur légal

Prénom _____ Nom _____

N° civique _____ rue _____

Ville _____ Province _____ Pays _____

Code Postal _____ ☎ M.: _____

☎ T.: _____

Courriel _____

Adresse (mère ou père): (si différente de celle de l'enfant)

N° civique _____ rue _____

Ville _____ Province _____ Pays _____

Code Postal _____ ☎ M.: _____

☎ T.: _____

Courriel _____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA FACTURATION

À qui faire le reçu? Les deux Père Mère

N0 ass. sociale du père: _____

N0 ass. sociale de la mère: _____

Numéros d'assurance sociale nécessaire pour l'émission du relevé 24 pour l'impôt.

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES AMIS

Mon enfant veut être avec:

Nom: _____ Âge: _____

Nom: _____ Âge: _____

Comment avez-vous entendu parler du camp Air-Eau-Bois?

Ancien campeur () Famille, ami () Journaux, publicité ()

Dépliant () Foire des camps () Répertoire des camps ()

Internet () Autre () _____



GRILLE DE CALCUL

	Code de séjour	Total par séjour incluant les taxes
séjour 1		
séjour 2		
Grand total		
Moins rabais si applicable		- \$
Transport <small>Aller-retour de Gatineau secteur Hull</small>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	+ 35,00 \$
Dépôt pour frais d'inscription payable immédiatement		-150,00 \$
Solde		

Visa Mastercard date d'expiration _____ / _____
MM AA

N° _____

Le solde sera payé par: Visa Mastercard Chèque

Fiche santé préliminaire

N0 ass. maladie: _____ exp.: _____

Lieu de naissance: _____

A-t-il des allergies? Oui Non

Si oui, spécifiez: _____

Est-ce que ses vaccins sont à jours? Oui Non

A-t-il des problèmes de santé? Oui Non

Si oui, spécifiez: _____

Prend-t-il des médicaments? Oui Non

Si oui spécifiez: _____

A-t-il reçu une injection contre le tétanos? Oui Non

Consentement

Nous donnez-vous la permission d'administrer des médicaments sans ordonnances? Oui Non **Init.:** _____

En cas d'accident majeur, j'autorise le Camp Air-Eau-Bois inc. ou ses représentants à transporter mon enfant à l'hôpital le plus près. Oui Non **Init.:** _____

Nom de deux personnes responsables en cas d'absence des parents

1) _____

1) ☎ M.: _____ ☎ T.: _____

2) _____

2) ☎ M.: _____ ☎ T.: _____

Je, soussigné, reconnais que le Camp Air-Eau-Bois inc. ou ses mandataires pourront prendre des photographies ou enregistrer des films sur lesquels mon enfant pourrait figurer. Je les autorise à utiliser son image, sa ressemblance, dans des médias tels que revues, journaux, dépliants etc. Il est expressément entendu que son nom ne pourra être utilisé à des fins publicitaires. Tout le matériel demeurera la propriété du Camp Air-Eau-Bois inc. Oui Non

Signature _____