



# Camp de perfectionnement de soccer Été 2019

## 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

[ ] Semaine #1 – 24 au 28 juin – 200 \$ \_\_\_\_\_ \$

[ ] Semaine #2 – 1er au 5 juillet – 200 \$ \_\_\_\_\_ \$

[ ] Semaine #3 – 8 au 12 juillet – 200 \$ \_\_\_\_\_ \$

[ ] Semaine #4– 15 au 19 juillet – 200 \$ \_\_\_\_\_ \$

[ ] Semaine #5– 19 au 23 août – 200 \$ \_\_\_\_\_ \$

[ ] 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

Nom \_\_\_\_\_ Lien \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_ Lien \_\_\_\_\_

## POLITIQUE DE REMBOURSEMENT

## 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, diabète ...)

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 3e 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 \_\_\_\_\_