

Identification de l'enfant

Nom : _____ Prénom : _____
 Date de naissance : ____/____/____
jj mm aaaa
 Sexe : Garçon Fille
 Adresse : _____
Numéro et rue

Ville Code postal
 Lieu de naissance de votre enfant : _____
Ville Pays
 No d'assurance-maladie : _____ Date d'expiration : ____/____
mm aaaa

Votre enfant a-t-il des allergies?

	Oui	Non	Précisez (symptômes, réactions, traitements, etc.)
Aliments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Groupe

5 à 10 ans – Campus Vision sur le site de St-Jean-Eudes
 Mon enfant a des besoins spéciaux Description : _____

Coordonnées des parents ou tuteurs

L'enfant demeure avec : <input type="checkbox"/> Père et mère	<input type="checkbox"/> Père	<input type="checkbox"/> Mère	<input type="checkbox"/> Garde partagée	<input type="checkbox"/> Tuteur	<input type="checkbox"/> Tutrice		
<input type="checkbox"/> Père	<input type="checkbox"/> Mère	<input type="checkbox"/> Tuteur	<input type="checkbox"/> Tutrice	<input type="checkbox"/> Père	<input type="checkbox"/> Mère	<input type="checkbox"/> Tuteur	<input type="checkbox"/> Tutrice
Nom : _____	Nom : _____						
Prénom : _____	Prénom : _____						
Adresse : _____ <small>Numéro et rue</small>	Adresse : _____ <small>Numéro et rue</small>						
_____	_____						
<small>Ville Code postal</small>	<small>Ville Code postal</small>						
Tél. résidence : _____	Tél. résidence : _____						
Tél. cellulaire : _____	Tél. cellulaire : _____						
Tél. bureau : _____	Tél. bureau : _____						
Téléavertisseur : _____	Téléavertisseur : _____						
Courriel (1) : _____	Courriel (1) : _____						
Courriel (2) : _____	Courriel (2) : _____						
Profession : _____	Profession : _____						
Pays de naissance : _____	Pays de naissance : _____						

Indiquez le numéro d'assurance sociale de la personne à qui l'école doit émettre les relevés pour fins d'impôt :

Père : ____ ____ ____ Mère : ____ ____ ____ Tuteur : ____ ____ ____ Tutrice : ____ ____ ____

Urgence

PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE (autres que le père ou la mère)

Nom : _____	Nom : _____
Prénom : _____	Prénom : _____
Adresse : _____ Numéro et rue	Adresse : _____ Numéro et rue
_____	_____
Ville _____ Code postal _____	Ville _____ Code postal _____
Tél. résidence : _____	Tél. résidence : _____
Tél. cellulaire : _____	Tél. cellulaire : _____
Tél. bureau : _____	Tél. bureau : _____
Lien avec l'enfant : _____	Lien avec l'enfant : _____

Semaines – Une thématique différente toutes les semaines

- | | | |
|--|--|------------------|
| <input type="checkbox"/> 24 au 28 juin 2019 | <input type="checkbox"/> 15 au 19 juillet 2019 | } 250 \$/semaine |
| <input type="checkbox"/> 1 ^{er} au 5 juillet 2019 | <input type="checkbox"/> 5 au 9 août 2019 | |
| <input type="checkbox"/> 8 au 12 juillet 2019 | <input type="checkbox"/> 12 au 16 août 2019 | |

Modalités de paiement :

Les frais totaux de l'inscription au camp sont payables au moment de l'inscription ou selon les modalités suivantes :
50 % du montant total à l'inscription et 50 % par chèque postdaté, au plus tard le 31 mai 2019.
Le chèque doit être fait au nom de « École Vision Québec Nord » avec le bon montant.

Veuillez nous retourner le formulaire d'inscription complété et les chèques postdatés à l'École Vision Québec Nord :
650, avenue du Bourg-Royal, porte 18, Québec, QC G2L 1M8.

Commentaires : _____

Signature : _____ Date : _____
 Père Mère Tuteur Tutrice

À l'usage de l'administration - Ne rien écrire dans cet espace

Frais : chèque comptant prélèvement bancaire

Date d'admission : _____ Inscription valide jusqu'au : _____

DOCUMENTS REÇUS

Fiche de santé Consentements Personnes autorisées (Fiche inscription)