

Identification de l'enfant

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____
jj mm aaaa

Sexe : Garçon Fille

Adresse : _____
Numéro et rue

Tél. résidence : _____

Ville Code postal

Courriel : _____

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 _____

Médicaments _____

Autres _____

**Je confirme que je souhaite inscrire mon enfant au camp d'été de l'École trilingue
Vision Québec Nord, située à Québec au 650, Av. Bourg-Royal, Québec, G2L 1M8**

Besoins spéciaux

Mon enfant a des besoins spéciaux Description : _____

Coordonnées des parents ou tuteurs

L'enfant demeure avec : Parents 1 et 2 Parent 1 Parent 2 Garde partagée Tuteur Tutrice

Parent 1 : Père Mère Tuteur Tutrice Parent 2 : Père Mère Tuteur Tutrice

Nom : _____ Nom : _____

Prénom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____ Adresse : _____
Numéro et rue Numéro et rue

Ville Code postal Ville Code postal

Tél. résidence : _____ Tél. résidence : _____

Tél. cellulaire : _____ Tél. cellulaire : _____

Tél. bureau : _____ Tél. bureau : _____

Courriel : _____ Courriel : _____

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

Parent 1 : ____ ____ ____ Parent 2 : ____ ____ ____ 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"/> 1^{er} au 5 juillet 2024 COMPLET	<input type="checkbox"/> 22 au 26 juillet 2024 COMPLET] 302 \$/semaine
<input type="checkbox"/> 8 au 12 juillet 2024 COMPLET	<input type="checkbox"/> 29 juillet au 2 août 2024	
<input type="checkbox"/> 15 au 19 juillet 2024 COMPLET	<input type="checkbox"/> 5 au 9 août 2024	

Modalités de paiement

Les frais totaux de l'inscription au camp sont payables au moment de l'inscription ou selon les modalités suivantes (veuillez cocher votre choix) :

- Par chèque** : 50 % à l'inscription et 50 % par chèque postdaté, au plus tard le 24 mai 2024.
Le chèque doit être fait au nom de « École Vision Québec Nord » avec le bon montant.
- Par virement interac** : 50 % à l'inscription et 50 % au plus tard le 24 mai 2024.
Le virement doit être fait via l'adresse courriel comptabilite.qcn@ecolevision.com et la réponse à la question secrète doit être « camp2024 ». Nous vous demandons d'inscrire le nom de votre enfant dans la case Message au destinataire.

Veuillez retourner le formulaire d'inscription complété par courriel à l'adresse comptabilite.qcn@ecolevision.com.

Commentaires : _____

Signature : _____ Date: _____

Père Mère Tuteur Tutrice