



FORMULAIRE D'INSCRIPTION – CAMP DE JOUR ÉTÉ 2016

Programmes

<input type="checkbox"/> Programme Récréatif 125\$ / sem. x _____	<input type="checkbox"/> Programme Relève 130\$ / sem. x _____
<input type="checkbox"/> Programme Provincial 140\$ / sem. x _____	<input type="checkbox"/> Programme National 150 / sem. x _____
<input type="checkbox"/> Service de garde 50\$ Par semaine x _____	<input type="checkbox"/> Chandail Obligatoire \$10.00 x _____

1. RENSEIGNEMENTS SUR L'ENFANT

Prénom :		Nom :	
Adresse :		Ville;	Code postal :
No de téléphone :	Date de naissance :	No d'assurance maladie :	
Votre enfant sait-il nager ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> oui			
Votre enfant a-t-il un ou des allergie(s) ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> oui			
Si oui, spécifiez : _____			
Votre enfant a-t-il des problèmes de santé particuliers ? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui			
Si oui, spécifiez : _____			
Quel est le niveau en gymnastique rythmique actuel de votre enfant ?			
<input type="checkbox"/> Récréatif	<input type="checkbox"/> Relève	<input type="checkbox"/> Provincial	
<input type="checkbox"/> National	<input type="checkbox"/> Autres :		

2. INSCRIPTION AU CAMP DE LA SEMAINE DU :

<input type="checkbox"/> 27 juin au 1 juillet	<input type="checkbox"/> 4 juillet au 8 juillet	<input type="checkbox"/> 22 août au 26 août
<input type="checkbox"/> 1 juillet au 15 juillet	<input type="checkbox"/> 18 juillet au 22 juillet	
<input type="checkbox"/> 25 juillet au 29 juillet	<input type="checkbox"/> 8 août au 12 août	
<input type="checkbox"/> 1 août au 5 août	<input type="checkbox"/> 15 août au 19 août	

3. COORDONNÉES DES PARENTS

Prénom de la mère :	Nom de la mère :
Numéro de téléphone en cas d'urgence :	Adresse courriel :
Prénom du père :	Nom du père :
Numéro de téléphone en cas d'urgence :	Adresse courriel :

4. PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Prénom :	Nom :
Numéro de téléphone en cas d'urgence (autre)	Adresse courriel (autre)

Quel est le lien de cette personne avec l'enfant ?

5. COORDONNÉES POUR L'ÉMISSION DU RELEVÉ D'IMPÔTS (nom de la personne à qui sera fait le relevé 24)

Prénom	Nom :
No d'assurance sociale (Obligatoire pour le relevé 24)	Adresse :

Le club n'émettra pas de Relevé 24, si la présente section n'est pas remplie.

Administration du club

6. CALCUL DES FRAIS

Nombre de semaine (s) _____ x Coût par semaine : _____ \$	Nombre de Chandail _____ x 10\$: _____ \$
Total _____ \$	
Frais d'affiliation 20\$ si nouveau participant :	
Grand Total : _____ \$	
Chèque de :	no. du chèque :
Chèque de :	no. du chèque :
Nom du responsable :	date :