

CAMP DE JOUR 2014

Fiche d'inscription



Photo récente exigée

Ne pas brocher s.v.p.

N° d'inscription :	Date :		
Nom :	Prénom :		
Adresse :	app. :		
Ville :	Code postal :	Téléphone :	
Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Date de naissance : (AAAA-MM-JJ)	Âge au 25/06/2014 :	
Poids : en kilogrammes	Taille : en mètre	Grandeur T-Shirt : L (adulte) <input type="checkbox"/> M (adulte) <input type="checkbox"/> L (enfant) ¹⁴⁻¹⁶ <input type="checkbox"/> M (enfant) ¹⁰⁻¹² <input type="checkbox"/>	
École :	Niveau scolaire :		

PÈRE			MÈRE		
Nom :			Nom :		
Prénom :			Prénom :		
Téléphone : (rés.)	(bur.)	(cell)	Téléphone : (rés.)	(bur.)	(cell)
Occupation :			Occupation :		
Adresse courriel :			Adresse courriel :		
Signature obligatoire du parent ou du tuteur :					
Nom et N° d'assurance sociale du parent à qui sera émis un relevé pour fin d'impôt :			Nom : N°: - -		

PROGRAMMES ET DATES DES SÉJOURS (Cochez vos choix)				
	Séjour A	Séjour B	Séjour C	Séjour D
Thèmes	25 juin au 4 juillet	7 au 18 juillet	21 juillet au 1 ^{er} août	4 au 15 août
Botanozores	9-11 ans A1 <input type="checkbox"/>	9-11 ans B1 <input type="checkbox"/>	7-8 ans C1 <input type="checkbox"/>	7-8 ans D1 <input type="checkbox"/>
Géorocs	9-11 ans A2 <input type="checkbox"/>	9-11 ans B2 <input type="checkbox"/>	9-11 ans C2 <input type="checkbox"/>	12-14 ans D2 <input type="checkbox"/>
Insectophiles	9-11 ans A3 <input type="checkbox"/>	12-14 ans B3 <input type="checkbox"/>	9-11 ans C3 <input type="checkbox"/>	9-11 ans D3 <input type="checkbox"/>
Amirindiens	7-8 ans A4 <input type="checkbox"/>	7-8 ans B4 <input type="checkbox"/>	9-11 ans C4 <input type="checkbox"/>	9-11 ans D4 <input type="checkbox"/>
Artis-Naturas	9-11 ans A5 <input type="checkbox"/>	9-11 ans B5 <input type="checkbox"/>	12-14 ans C5 <input type="checkbox"/>	9-11 ans D5 <input type="checkbox"/>
Arboricoles	7-8 ans A6 <input type="checkbox"/>	7-8 ans B6 <input type="checkbox"/>	7-8 ans C6 <input type="checkbox"/>	7-8 ans D6 <input type="checkbox"/>

COÛT ET MODALITÉS DE PAIEMENT	IMPORTANT: FICHE MÉDICALE AU VERSO																																																		
<ul style="list-style-type: none"> Chèque libellé à : LES AMIS DU JARDIN BOTANIQUE. En entier lors de l'inscription ou 100 \$ d'acompte par séjour payable à l'inscription et le solde par chèque post-daté du 6 juin 2014. S.V.P. indiquer le nom de l'enfant et le code du séjour à l'endos des chèques. Une demande de remboursement avant le 6 juin 2014, doit être faite par écrit, 50 \$ de frais d'administration seront exigés. Après cette date remboursement en cas de force majeure seulement. 5% de réduction accordée aux membres des Amis du Jardin botanique sur présentation de la carte de membre valide avec photo. <input type="checkbox"/> 	<table border="1"> <tr> <td>Séjour A</td> <td>1</td> <td>X</td> <td>\$ =</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>Nombre de séjour (s) BCD</td> <td>X</td> <td></td> <td>\$ =</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td colspan="5">(Service de garde)</td> </tr> <tr> <td>Séjour A</td> <td>1</td> <td>X</td> <td>\$ =</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>Nombre de séjour (s) BDC</td> <td>X</td> <td></td> <td>\$ =</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>Rabais membre Amis</td> <td></td> <td></td> <td>-</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td>Total</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td colspan="5">Acompte de 100 \$ par séjour</td> </tr> <tr> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td>\$ =</td> <td>\$ date:</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Solde</td> <td>\$ date:</td> </tr> </table>	Séjour A	1	X	\$ =	\$	Nombre de séjour (s) BCD	X		\$ =	\$	(Service de garde)					Séjour A	1	X	\$ =	\$	Nombre de séjour (s) BDC	X		\$ =	\$	Rabais membre Amis			-					Total	\$	Acompte de 100 \$ par séjour						X		\$ =	\$ date:				Solde	\$ date:
Séjour A	1	X	\$ =	\$																																															
Nombre de séjour (s) BCD	X		\$ =	\$																																															
(Service de garde)																																																			
Séjour A	1	X	\$ =	\$																																															
Nombre de séjour (s) BDC	X		\$ =	\$																																															
Rabais membre Amis			-																																																
			Total	\$																																															
Acompte de 100 \$ par séjour																																																			
	X		\$ =	\$ date:																																															
			Solde	\$ date:																																															
Séjour A (8 jours) : 325 \$ <input type="checkbox"/> tarif régulier ou 260 \$ <input type="checkbox"/> avec carte Accès Montréal ou preuve de résidence (joindre une photocopie) Séjour s BCD (10 jours) : 385 \$ <input type="checkbox"/> tarif régulier ou 320 \$ <input type="checkbox"/> avec carte Accès Montréal ou preuve de résidence (joindre une photocopie) Service de garde : Séjour A - 60 \$/camp • Séjours BCD - 80 \$/camp , matin et soir <input type="checkbox"/> Séjour A - 50 \$/camp • Séjours BCD - 60 \$, matin <input type="checkbox"/> ou soir <input type="checkbox"/>																																																			
Mode de paiement : Comptant <input type="checkbox"/> Chèque <input type="checkbox"/> Par père <input type="checkbox"/> ou mère <input type="checkbox"/> N° reçu : Date : Préposé(e) :																																																			

AUTORISATION

Personne(s) autorisée(s) à venir chercher l'enfant à la fin de la journée : _____

COORDONNÉES DE DEUX PERSONNES À REJOINDRE EN CAS D'URGENCE (AUTRES QUE LES PARENTS)

1

Nom : _____

Prénom : _____

Téléphone : (rés.) _____ (bur.) _____ (cell) _____

Lien avec la famille : _____

2

Nom : _____

Prénom : _____

Téléphone : (rés.) _____ (bur.) _____ (cell) _____

Lien avec la famille : _____

FICHE MÉDICALE

N° d'assurance-maladie : _____

Date d'expiration : (AA-MM) _____

Porte-t-il (elle) des lunettes ? : oui non

Verres de contact ? : oui non

Souffre-t-il (elle) d'une affection particulière ? : _____

Souffre-t-il (elle) d'allergies ? (précisez) : _____

Prend-il (elle) des médicaments ? Si oui, lesquels ? _____

Veuillez indiquer toutes particularités qui pourraient nous aider à mieux répondre aux besoins de votre enfant (comportement, faiblesses, traitements professionnels, etc.) _____

Votre enfant a-t-il des forces ou des aptitudes qu'il serait utile de nous préciser, afin de mieux le connaître ? _____

Sait-il (elle) nager ? : oui non

Obligation des parents : Le parent ou le tuteur a la responsabilité de transmettre au camp toute nouvelle information médicale, concernant l'enfant, survenue entre la date où la fiche a été complétée et la date de début du séjour.

Une fiche médicale détaillée pourra être exigée au besoin.

En cas d'urgence, j'autorise les responsables du camp de jour à prendre les mesures nécessaires à la sauvegarde de mon enfant.

Signature obligatoire du parent ou du tuteur : _____

Fiche complète
remise au parent
ou postée

Date : _____

Initiales : _____

SONDAGE

Nombre de saisons précédentes au CAMP DE JOUR du Jardin botanique : _____

aux JARDINS-JEUNES : _____

Comment ou par qui avez-vous connu l'existence du Camp de jour du Jardin botanique ?

Parents et amis

Par les journaux locaux ou les quotidiens

Site Internet de l'Association des Camps du Québec

Par la radio, télévision

Dépliant du camp

Répertoire des camps du Québec (*Association des camps du Québec*)

À l'école

Camp du Biodôme

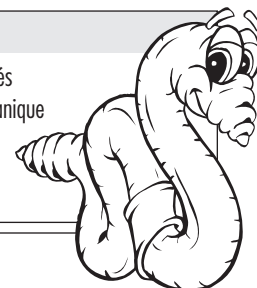
Site Internet du Jardin botanique de Montréal

Par les magazines

AUTORISATION - PRISE DE PHOTO

Le Camp de jour du Jardin botanique de Montréal ou ses mandataires et l'Association des Camps du Québec, font des photos et/ou des films sur les activités de mon enfant pendant son séjour. Je les autorise à se servir de ce matériel à des fins publicitaires. Le matériel utilisé demeurera la propriété du Jardin botanique de Montréal, et de l'ACQ.

Signature : _____



CAMP DE JOUR DU JARDIN BOTANIQUE DE MONTRÉAL

4101, rue Sherbrooke Est, Montréal (Québec) H1X 2B2

Téléphone : (514) 872-0956

Télécopieur : (514) 872-3765

