

Camp de jour 2010

Nom: _____ Prénom: _____

Adresse: _____

Ville: _____

Code Postal: _____ Date de naissance _____

Dates de camp de jour souhaitées : _____

Nom de la mère :

No de tel : _____ No de cellulaire : _____

Nom du père :

No de tel : _____ No de cellulaire : _____

Information pour relevé de frais de garde 2010

Tuteur à facturer : _____

No d'assurance sociale : _____

Fiche santé de l'enfant

No d'assurance maladie _____

Personne à contacter en cas d'urgence

Nom : _____

Lien : _____ No de tel : _____

Nom : _____

Lien : _____ No de tel : _____

Antécédents médicaux : _____

Souffre-t-il (elle) : _____

Asthme, épilepsie, diabète

Autre : _____

Allergies : _____

Foin, animaux, herbes à puce, insecte

Autre : _____

*En signant la présente, j'autorise la direction du camp à prodiguer mon enfant tous les soins infirmiers nécessaires. Si la direction le juge nécessaire, je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement, dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire. De plus, s'il est impossible de me joindre, j'autorise le médecin choisi par les autorités du camp à prodiguer à mon enfant séjournant au camp, tous les soins médicaux requis pas son état, y compris la pratique d'une intervention chirurgicale, des injections, l'anesthésie et l'hospitalisation.

Nom du parent en lettres moulées _____

Signature du parent _____

Remboursement

Si annulation pour cause de maladie, et sur présentation d'une attestation médicale, l'école d'équitation Claudine Lemelin remboursera le montant total déboursé pour le camp de jour, moins des frais de 50\$. La direction se réserve le droit de retourner l'enfant à la maison durant son séjour et ce, sans remboursement si sa conduite est jugé inacceptable dans le meilleur intérêt du camp.