

SÉJOURS 2019

Cormier-Village

() 24 au 28 juin

Haute-Aboujagane

() 2 au 5 juillet (4 jours)

Grand-Barachois

() 8 au 12 juillet

Grand-Barachois

() 15 au 19 juillet

Grand-Barachois

() 22 au 26 juillet

Grand-Barachois

() 29 juillet au 2 août

Shemogue

() 6 au 9 août (4 jours)

Saint-André-LeBlanc

() 12 au 15 août

COÛT

Résidents de Beaubassin-est : 100\$ pour une semaine de 5 jours et 90\$ pour une semaine de 4 jours.

Non-résidents : 125\$ pour une semaine de 5 jours et 110\$ pour une semaine de 4 jours.

NOTES IMPORTANTES

- Les frais d'inscription ne sont pas remboursables.
- Mode de paiement : un dépôt de 20\$/enfant/camp et un chèque post-daté de la balance doit être donné à l'inscription ou par argent comptant.
- L'heure d'entrée au camp se fera à **8h30** et le départ sera à **16h30**.
- L'horaire d'activités des camps varie selon le lieu.
- Un rabais de 5\$/enfant vous sera offert si vous inscrivez 3 de vos enfants ou plus.

À l'usage du personnel seulement:

Reçu au nom de :

Coût total : _____ \$

Dépôt : _____ \$

Balance : _____ \$

Paiement : ___ Chèque
 ___ Argent

INSCRIPTION

Nom de l'enfant : _____
(Prénom) (Nom de famille)

Adresse : _____
(Adresse postale) (Ville) (Province) (Code postal)

Date de naissance : _____ Âge : _____ Sexe : F ___ M ___
(mm/jj/aaaa)

Téléphone (maison) : _____ Téléphone (cellulaire) : _____
(parent) (parent)

Courriel : _____ Langue de préférence: _____
(parent)

EN CAS D'URGENCE

Nom du père : _____ Nom de la mère : _____

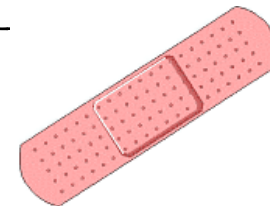
Le nom et le numéro de téléphone de la personne à contacter en cas d'urgence :

Nom : _____ Téléphone à domicile : _____

Au travail : _____ Cellulaire : _____

Nom du médecin de famille : _____ Tél. : _____

Numéro d'assurance maladie : _____ Date d'expiration : _____



(CONTINUER AU VERSO)

Placer les noms des personnes qui ont le droit de venir chercher vos enfants à la fin de la journée.

L'enfant a-t-il des allergies? Si oui, lesquelles?

Précisez les maladies dont il/elle a déjà souffert? (ex. : oreillons, rougeole, asthme, etc.)

Est-ce que votre enfant prend des médicaments? Oui ____ Non ____ Si oui, inscrire le nom, le dosage et l'heure d'administration. Vous devez apporter le médicament dans le contenant original.

Est-ce que nous devrions être mis au courant de certaines choses qui pourraient rendre le séjour de votre enfant plus agréable? Reçoit-il l'aide d'un spécialiste sur une base régulière ou quotidienne à l'école?

***** À LIRE ATTENTIVEMENT *****

Je permets à mon enfant _____ (en lettres moulées) de participer au camp de jour organisé par la Communauté rurale Beaubassin-est. De plus, j'autorise mon enfant à participer à toutes les activités qui se dérouleront durant son séjour avec vous. J'accepte que les démarches nécessaires soient prises à l'égard de mon enfant par le/la coordinateur(trice) et/ou les animateur(trice)s en cas d'accident et je comprends que ces procédures peuvent être primordiales à la sécurité et au bien-être de l'enfant.

Si le besoin se présente, j'autorise tous les traitements médicaux jugés nécessaires. J'autorise également le personnel du Camp à administrer les médicaments mentionnés ci haut. Je dégage le Camp de toutes conséquences reliées à l'absorption de ces médicaments.

En cas d'urgence, j'autorise le personnel du Camp à transporter le campeur / la campeuse dont le nom figure sur cette feuille à un centre d'urgence/hôpital pour y être traité. J'accepte que les soins nécessaires soient donnés à mon enfant par le personnel de l'hôpital. De plus, je comprends que les frais d'ambulance seront chargés à mon nom en cas d'accident.

Je comprends que les photos prises au camp seront utilisées à des fins publicitaires. Seule l'administration de la Communauté rurale Beaubassin-est aura le droit d'utiliser ces photos.

Signature du parent/tuteur : _____ Date : _____

POUR PLUS DE RENSEIGNEMENTS : 532-0730