

CAMP DE JOUR

Relâche 2019

FICHE D'INSCRIPTION MÉLI-MÉLO

Du 4 au 8 mars 2019

De 9 h à 16 h | Pour les 4 à 14 ans



~~220\$~~ **198\$** par semaine

Tarif par enfant, taxes incluses, service de garde non inclus

Repas: 8,70\$ par jour, par enfant, plus taxes

À LA SEMAINE

Avant le 17 fév. _____ X 198 \$ = _____ \$

Après le 17 fév. _____ X 220 \$ = _____ \$

Service de garde _____ X 30 \$ = _____ \$

Repas (43.50\$ +tx) _____ X = 50\$

À LA JOURNÉE

Journée(s) _____ X 65 \$ = _____ \$

Repas (8,70\$ +tx) _____ X 10\$ _____ \$

TOTAL : _____ \$

ENFANT: Nom _____ Prénom _____

MÈRE: Nom _____ Prénom _____

PÈRE: Nom _____ Prénom _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Tél. : _____ Date de naissance de l'enfant : _____

Courriel : _____

N° d'ass. sociale du payeur (**obligatoire pour impôts**) : _____

Interac, comptant ou chèque à l'ordre de Tennis 13 (sur place seulement)

Carte de crédit : Visa Mastercard

N° de la carte : _____ Exp: _____ **CWV:** _____

Signature : _____ Date : _____



Procédure d'envoi : remplir ce formulaire PDF,
l'enregistrer et le joindre à un courriel adressé à
info@tennis13.com

Tennis 13
Fitness

CAMPS DE JOUR

Relâche 2019

FICHE MÉDICALE

ENFANT: Nom _____ Prénom _____

N° d'ass. maladie du jeune : _____ Exp. : _____

CONTACT EN CAS D'URGENCE

PARENT - Nom : _____ Prénom : _____

Tél. 1 : _____ Tél. 2 : _____

ALLERGIES

Spécifiez les allergies : _____

Votre enfant a-t-il une dose d'adrénaline (EPIPEN) ? Oui Non

Si oui, signez ici si vous autorisez une personne désignée par le camp à administrer la dose d'adrénaline à votre enfant :

Signature : _____

VACCINATION

La vaccination de votre enfant est-elle à jour ? Oui Non

Si non, quels vaccins sont manquants ? _____

MÉDICAMENTS

Votre enfant doit-il prendre des médicaments lors du camp de jour ?

Oui Non Si oui, lequel / lesquels ? _____

Prend-il ses médicaments seul ? Oui Non

AUTRES RENSEIGNEMENTS

Votre enfant doit-il porter un gilet de sauvetage ? Oui Non

Autres informations concernant la santé de votre enfant (problème de comportement, limitations physiques, etc.) : _____

Signature : _____ Date : _____

En signant la présente, j'autorise Tennis 13 Fitness à prodiguer les premiers soins nécessaires à mon enfant et à le transporter à un établissement hospitalier si la Direction le juge nécessaire. De plus, s'il est impossible de me joindre, j'autorise le médecin choisi par les autorités du camp de jour à prodiguer à mon enfant tous les soins médicaux requis par son état.



Procédure d'envoi : remplir ce formulaire PDF,
l'enregistrer et le joindre à un courriel adressé à
info@tennis13.com

Tennis 13
Fitness

DAY CAMP

Spring Break
2018

REGISTRATION FORM MÉLI-MÉLO

From March 4th to 8th, 2019

From 9 am to 4 pm | For children 4 to 14 years old



~~\$220~~ **\$198** per week

Rates per child, taxes included, day care non included

Meal: \$8.70 per day, per child, plus taxes

PER WEEK

Before Feb. 17th _____ X \$198 = \$ _____

After Feb. 17th _____ X \$220 = \$ _____

Daycare Service _____ X \$30 = \$ _____

Meal (\$43.50+tx) _____ X \$50\$ _____

PER DAY

Day(s) _____ X \$65 = _____ \$

Meal (8,70 \$+tx) _____ X \$10 = _____ \$

TOTAL: \$ _____

CHILD: Last Name _____ First Name _____

MOTHER: Last Name _____ First Name _____

FATHER: Last Name _____ First Name _____

City: _____ Postal Code: _____

Phone: _____ Child's date of birth: _____

Email: _____

Parent Social Security number (for income tax receipt): _____

Interac, cash or check payable to Tennis 13 (on-site only)

Credit card: Visa Mastercard

Card number: _____ Exp.: _____ **CW:** _____

Signature: _____ Date: _____



Sending procedure: Complete the PDF form,
save it and attach it to an e-mail addressed to
info@tennis13.com

Tennis 13
Fitness

DAY CAMP

Spring Break
2019

HEALTH FORM

CHILD: Last Name _____ First Name _____

Child's health insurance: _____ Exp.: _____

CONTACT IN CASE OF EMERGENCY

First name: _____ Last name: _____

Tel. 1: _____ Tel. 2: _____

ALLERGIES

Specify allergies: _____

Does your child have a dose of adrenalin (EPIPEN) ? Yes No

If yes, sign here if you allow a camp-designated person to administer the adrenaline dose to your child:

Signature: _____

VACCINATION

Are your child's vaccinations up to date ? Yes No

If not, which vaccines are missing ? _____

MEDICATION

Does your child need to take medication at the day camp?

Yes No If yes, which ones ? _____

Does he (she) take the medication him (her) self ? Yes No

OTHER INFORMATION

Does your child have to wear a lifejacket ? Yes No

Other information about your child's health (behavior problem, physical limitations, etc.): _____

Signature: _____ Date: _____

By signing this form, I authorize Tennis 13 Fitness to provide the necessary first aid for my child and to transport him/her to a hospital facility if the Direction deems it necessary. In addition, if it is impossible to reach me, I authorize the doctor chosen by the day camp authorities to provide my child with all the medical care required by his condition.



Sending procedure: Complete the PDF form, save it and attach it to an e-mail addressed to info@tennis13.com

Tennis 13
Fitness