

Fiche d'inscription - Semaine de relâche 2020

Semaine du 2 au 6 mars 2020

* Afin d'accepter votre inscription, toutes sommes dues au CCDS devront être acquittées en totalité*

Nom de l'enfant	1er Âge: _____	2e Âge: _____	3e Âge: _____
Date de naissance	_____/_____/_____ Jour Mois Année	_____/_____/_____ Jour Mois Année	_____/_____/_____ Jour Mois Année
No. Ass. Maladie	_____/_____/_____ Jour Mois Année	_____/_____/_____ Jour Mois Année	_____/_____/_____ Jour Mois Année
Allergies et/ou Particularités	Allergie: _____	Allergie: _____	Allergie: _____
	Épipen: Oui Non	Épipen: Oui Non	Épipen: Oui Non
	Maladie: _____	Maladie: _____	Maladie: _____
	Médicaments: _____	Médicaments: _____	Médicaments: _____
	Dosage: _____	Dosage: _____	Dosage: _____
	Heure: _____	Heure: _____	Heure: _____
# Carte Accès-Loisirs	_____	_____	_____

Informations des parents

Informations de la mère

Nom: _____

Adresse: _____

Code postal: _____

Téléphone résidence: _____

Téléphone travail: _____

Cellulaire: _____

Courriel: _____

Numéro d'assurance social: _____

* Obligatoire pour le reçu d'impôt

Pourcentage pour le reçu d'impôt: _____

Informations du père

Nom: _____

Adresse: _____

Code postal: _____

Téléphone résidence: _____

Téléphone travail: _____

Cellulaire: _____

Courriel: _____

Numéro d'assurance social: _____

* Obligatoire pour le reçu d'impôt

Pourcentage pour le reçu d'impôt: _____

Personne à contacter en cas d'urgence

Nom

Lien avec l'enfant

Téléphone

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant/les enfants (autres que les parents)

Nom	Lien avec l'enfant	Téléphone
Nom	Lien avec l'enfant	Téléphone

Personne non-autorisée à venir chercher l'enfant/les enfants

Nom	Lien avec l'enfant	Téléphone
-----	--------------------	-----------

Jour(s) de fréquentation

Nom de l'enfant	Fréquentation	Piscine + 5 \$	Glissade + 5 \$	Laserforce + 15 \$
1er	Lundi ___ Mardi ___ Mercredi ___ Jeudi ___ Vendredi ___ Semaine ___	_____	_____	_____
2e	Lundi ___ Mardi ___ Mercredi ___ Jeudi ___ Vendredi ___ Semaine ___	_____	_____	_____
3e	Lundi ___ Mardi ___ Mercredi ___ Jeudi ___ Vendredi ___ Semaine ___	_____	_____	_____

**Les sorties sont gratuites lors d'une inscription à la semaine complète. En cas d'une inscription pour quatre (4) jours et moins, des frais supplémentaires, dépendant de la ou des sortie(s) choisie(s), seront chargés.*

Consentement

- ☐ Au meilleur de notre connaissance, notre enfant est en bonne santé et n'a été exposé à aucune maladie contagieuse au cours des quatre dernières semaines. S'il devait contracter une maladie contagieuse entre la période d'inscription et la semaine de relâche, nous nous engageons à avertir le Centre communautaire Drummondville-Sud.
- ☐ En signant la présente, j'autorise le Centre communautaire Drummondville-Sud à prodiguer tous les soins infirmiers nécessaires ainsi qu'à transporter mon enfant par ambulance ou autrement, dans un établissement hospitalier.
- ☐ J'autorise mon enfant à prendre l'autobus pour toutes les activités/sorties durant la semaine de relâche.

Signature du parent ou du tuteur

Date

Procédure de paiement *RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION*

Nom de l'enfant	Montant initial	Rabais	Sortie	Total
		N/A		
		10%		
		20%		
			Total:	
Premier versement		Deuxième versement		
Mode de paiement		Mode de paiement		
Montant		Montant		
Date		Date		
# de facture		# de facture		
Initiale Administration		Initiale Administration		

Prendre note que la totalité du paiement doit être effectué au plus tard le 28 février 2020 16 h.