|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **FORMULAIRE D’INSCRIPTION**  Prenez note qu’aucune priorité n’est donnée aux inscriptions avec ce formulaire. | | |
| **PROCÉDURE DE REMBOURSEMENT OU DE MODIFICATION** | | |
| Les demandes de remboursement ou de modification avec motifs valables doivent être transmises par écrit obligatoirement auprès du Service des loisirs et de la culture. La demande doit être transmise par courriel à [loisirs@coteau-du-lac.com](mailto:loisirs@coteau-du-lac.com).  Les demandes de remboursement ou de modification avec motifs valables doivent être transmises par écrit obligatoirement par courriel à [loisirs@coteau-du-lac.com](mailto:loisirs@coteau-du-lac.com).   * Les frais sont remboursés à 100 % si l’activité est annulée par le camp de jour. * En cas d’annulation avant le 22 juin, le camp de jour rembourse 100 % moins 15 $ de frais d’administration par enfant * À partir du 23 juin, seul un remboursement pour des raisons médicales ou autres raisons jugées admissibles sera accepté, et ce, si la demande est accompagnée d’une pièce justificative. Le calcul du remboursement sera basé sur le pourcentage du service non obtenu.     **J'autorise le comité des loisirs à me faire parvenir diverses informations ainsi que les différentes activités par courriel.**  **Oui  Non**  **J’ai pris connaissance des conditions et des modalités de remboursement/modification disponible avec les informations d’inscriptions et je les accepte.**  **Oui  Non**  **J’accepte et comprend que le camp de jour Anima-Jeunes et la Ville de Coteau-du-Lac ne peuvent pas garantir un milieu sans COVID-19, exempt de toute contamination. Le parent ou tuteur comprend que le service de camp de jour et les activités proposées peuvent être modifiés ou suspendus en tout temps advenant une contagion, une recommandation de la Direction de la santé publique ou tout autre situation imprévue.**  **Oui  Non** | | |
|  |  |  |
| **Signature (ci–dessus)** |  | **Date** |
| **Rabais familiaux** pour les résidents de Coteau-du-Lac vivant sous le même toit. Ils s’appliquent selon le montant total de la facture de chaque enfant:   * Le premier enfant avec la facture la plus élevée doit être payée à 100 %. * Les seconds enfants et plus auront 10 $ de rabais par semaine et par enfant. | | |
| **ATTENTION,** LES PAIEMENTS EN TROIS VERSEMENTS SONT UNIQUEMENT ADMISSIBLES LORSQUE LA FACTURE FAMILIALE S’ÉLÈVE À PLUS DE 300 $. SANS QUOI, LES FRAIS DEVRONT ÊTRE PAYÉS EN UN SEUL VERSEMENT. | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **RÉSERVÉ À L’ADMINISTRATION** | | |
| **1er versement** (selon la date d’inscription) Mode de paiement :  **Comptant**  **Chèque**  **Interac**  **Visa**  **Mastercard** | |  |
| **2e versement** (15 mai) Mode de paiement :  **Chèque** (Libellés à l’ordre du Comité des loisirs de Coteau-du-lac (CDL CDL) | |  |
| **3e versement** (15 juin) Mode de paiement :  **Chèque** (Libellés à l’ordre du Comité des loisirs de Coteau-du-lac (CDL CDL) | |  |
| **Sous-total** | |  |
| **Escompte (si applicable)** | |  |
| **Total de la facture** | |  |
| ***Signature de l’employé(e)***  ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*** | ***Date***  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMATIONS DU PARTICIPANT** | | | | | | | | |
| Nom : | | | | Prénom : | | | | |
| Sexe :  F  M | | | | Niveau de nage :  Très bien  Moyennement  Utilise une veste de flottaison | | | | |
| Date de naissance (jour/mois/année) : | | | | Année scolaire terminée (juin 2023) : | | | | |
| Numéro d’assurance maladie : | | | | Expiration : | | | | |
| **INFORMATION SUR LES PARENTS - PREMIER RÉPONDANT- CRÉDIT D’IMPÔT :**  **100 %**  **50 %** | | | | | | | | |
| Nom : | | | | Prénom : | | | | |
| Adresse de résidence : | | | | | | | | |
| Ville : | | | | Province : | | | | Code postal : |
| 1er # téléphone : | | | | 2e # téléphone : | | | | |
| Courriel (veuillez noter que toutes les communications se font par courriel) : | | | | | | | | |
| # d’assurance sociale **(facultatif mais requis pour recevoir le crédit d’impôt)** : | | | | | | | | |
| **INFORMATION SUR LES PARENTS – DEUXIÈME RÉPONDANT- CRÉDIT D’IMPÔT :**  **100 %**  **50 %** | | | | | | | | |
| Nom : | | | | Prénom : | | | | |
| Adresse de résidence : | | | | | | | | |
| Ville : | | | | Province : | | | | Code postal : |
| 1er # téléphone : | | | | 2e # téléphone : | | | | |
| Courriel (veuillez noter que toutes les communications se font par courriel) : | | | | | | | | |
| # d’assurance sociale **(facultatif mais requis pour recevoir le crédit d’impôt)** : | | | | | | | | |
| **EN CAS D’URGENCE** | | | | | | | | |
| Personne à joindre en cas d’**urgence** :  Père et mère  Mère  Père  Tuteur | | | | | | | | |
| Informations sur deux autres personnes AUTRES QUE LES PAENTS à joindre en cas d’**urgence** : | | | | | | | | |
| Prénom et nom : | | | | | Prénom et nom : | | | |
| Téléphone : | | | | | Téléphone : | | | |
| Lien avec l’enfant : | | | | | Lien avec l’enfant : | | | |
| **AUTORISATIONS** | | | | | | | | |
| **J’autorise :**   1. Les animateurs de mon enfant âgé de 9 ans et moins à lui mettre de la crème solaire. (Je fournirai la crème solaire)  Oui  Non  N/A 2. Le personnel du camp de jour à prodiguer tous les soins nécessaires à mon enfant.  Oui  Non 3. Le transport en ambulance et le partage des informations contenues dans sa fiche de santé (si nécessaire)  Oui  Non 4. Le camp à choisir le médecin pour prodiguer tous les soins médicaux requis (s’il est impossible de me joindre).  Oui  Non 5. Le camp de jour à administrer à mon enfant, des médicaments sans ordonnance en vente libre (ex: Advil).  Oui  Non 6. Le camp de jour à prendre et à utiliser des photos et des vidéos de moi ou de mon enfant à des fins promotionnelles.  Oui  Non | | | | | | | | |
| Votre enfant est-il autorisé à quitter seul le camp?  Oui  Non | | | | | Votre enfant se rend-t-il seul au camp?  Oui  Non | | | |
| **Mot de passe pour récupérer votre enfant :** | | | | | | | | |
| Personnes autorisées à venir chercher l’enfant **(inscrivez le nom du père et/ou de la mère si c’est le cas)**: | | | | | | | | |
| 1) | | 2) | | | 3) | | 4) | |
| **INFORMATIONS MÉDICALES** | | | | | | | | |
| Votre enfant souffre-t-il des maux suivants? | | | Votre enfant a-t-il des allergies? | | | A-t-il reçu le vaccin du tétanos? ☐ Oui ☐ Non | | |
| Asthme  Diabète  Épilepsie  Migraines | Oui  Non  Oui  Non  Oui  Non  Oui  Non | | Fièvre des foins  Herbe à puce  Piqûres d’insectes  Animaux\*  Médicaments\*  Allergies alimentaires\* | | Oui  Non  Oui  Non  Oui  Non  Oui  Non  Oui  Non  Oui  Non | Si oui, est-il à jour? (bon sept ans) ☐ Oui ☐ Non | | |
| A-t-il une dose d’adrénaline (ÉpiPen) à sa disposition?  ☐ Oui ☐ Non | | |
| Prend-t-il des médicaments?  Oui  Non | | |
| Si oui, veuillez-nous les mentionner : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| Autres, préciser (manifestations/symptômes avant l’état de crise) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | \*Préciser (manifestations/symptômes avant l’état de crise, etc.) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | Doit-il les prendre au camp?  Oui  Non | | |
| **Si oui, vous devrez compléter le formulaire d’administration des médicaments** afin que le chef de camp puisse distribuer le médicament prescrit à votre enfant. | | |
| Autres informations pertinentes sur la santé de votre enfant (besoins particuliers, etc.) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ANNÉE SCOLAIRE TERMINÉE AU 26 JUIN 2023** | **PRIX[[1]](#footnote-1)** | | **SEM. 1** | **SEM. 2** | **SEM. 3** | **SEM. 4** | **SEM. 5**  **Sem. construction** | **SEM. 6**  **Sem. construction** | **SEM. 7** | **SEM. 8** |
| **Rés.** | **N-rés.** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Prématernelle | 145 $ | 185 $ | **Les petits elfes** | **Les petits elfes** | **Les petits elfes** | **Les petits elfes** | **Les petits elfes** | **Les petits elfes** | **Les petits elfes** | **Les petits elfes** |
| Maternelle à la 2e année | 135 $ | 175 $ | **Les elfes** | **Les elfes** | **Les elfes** | **Les elfes** | **Les elfes** | **Les elfes** | **Les elfes** | **Les elfes** |
| 3e à la 4e année | 135 $ | 175 $ | **Les géants** | **Les géants** | **Les géants** | **Les géants** | **Les géants** | **Les géants** | **Les géants** | **Les elfes** |
| 5e année et 6e année  La clique | 145 $ | 185 $ | **La clique** | **La clique** | **La clique** | **La clique** | **La clique** | **La clique** | **La clique** | **La clique** |
| **Résidents : ces tarifs sont valables entre le 13 mars et le 14 mai inclusivement. Après ces dates, un montant de 20 $ par semaine et par enfant sera demandé.** | | | | | | | | | | |

**CAMPS THÉMATIQUES**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ANNÉE SCOLAIRE TERMINÉE AU 26 JUIN 2023** | **PRIX[[2]](#footnote-2)** | | **SEM. 1** | **SEM. 2** | **SEM. 3** | **SEM. 4** | **SEM. 5**  **Sem. construction** | **SEM. 6**  **Sem. construction** | **SEM. 7** | **SEM. 8** |
| **Rés.** | **N-rés.** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **1ère année à la 4e année** | **165 $** | **205 $** | **Acrobaties en folie** | **Au-delà des rêves** | **Au cœur de la forêt** | **Au boulot les cuistots!** | **Non applicable** | **Non applicable** | **DO-RÉ-MI** | **SPORTIFS EN ACTION** |
| **Résidents : ces tarifs sont valables entre le 13 mars et le 14 mai inclusivement. Après ces dates, un montant de 20 $ par semaine et par enfant sera demandé.** | | | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **INSCRIPTION AU SERVICE DE GARDE – OBLIGATOIRE SI VOUS SOUHAITEZ UTILISER CE SERVICE.**  **Le service de garde est inclus dans le tarif d’inscription, mais vous devez inscrire votre enfant sur la liste de présence.** | | |
| Prénom et nom de l’enfant |  | |
| **SEMAINE 1** | | **VEUILLEZ COCHER** |
| Mon enfant sera présent au service de garde du matin (6 h 45 à 9 h 30) | |  |
| Indiquez-nous l’heure à laquelle votre enfant arrivera au service de garde | |  |
| Mon enfant sera présent au service de garde du soir (15 h 30 à 18 h) | |  |
| Indiquez-nous l’heure à laquelle votre enfant arrivera au service de garde | |  |
| **SEMAINE 2** | | **VEUILLEZ COCHER** |
| Mon enfant sera présent au service de garde du matin (6 h 45 à 9 h 30) | |  |
| Indiquez-nous l’heure à laquelle votre enfant arrivera au service de garde | |  |
| Mon enfant sera présent au service de garde du soir (15 h 30 à 18 h) | |  |
| Indiquez-nous l’heure à laquelle votre enfant arrivera au service de garde | |  |
| **SEMAINE 3** | | **VEUILLEZ COCHER** |
| Mon enfant sera présent au service de garde du matin (6 h 45 à 9 h 30) | |  |
| Indiquez-nous l’heure à laquelle votre enfant arrivera au service de garde | |  |
| Mon enfant sera présent au service de garde du soir (15 h 30 à 18 h) | |  |
| Indiquez-nous l’heure à laquelle votre enfant arrivera au service de garde | |  |
| **SEMAINE 4** | | **VEUILLEZ COCHER** |
| Mon enfant sera présent au service de garde du matin (6 h 45 à 9 h 30) | |  |
| Indiquez-nous l’heure à laquelle votre enfant arrivera au service de garde | |  |
| Mon enfant sera présent au service de garde du soir (15 h 30 à 18 h) | |  |
| Indiquez-nous l’heure à laquelle votre enfant arrivera au service de garde | |  |
| **SEMAINE 5** | | **VEUILLEZ COCHER** |
| Mon enfant sera présent au service de garde du matin (6 h 45 à 9 h 30) | |  |
| Indiquez-nous l’heure à laquelle votre enfant arrivera au service de garde | |  |
| Mon enfant sera présent au service de garde du soir (15 h 30 à 18 h) | |  |
| Indiquez-nous l’heure à laquelle votre enfant arrivera au service de garde | |  |
| **SEMAINE 6** | | **VEUILLEZ COCHER** |
| Mon enfant sera présent au service de garde du matin (6 h 45 à 9 h 30) | |  |
| Indiquez-nous l’heure à laquelle votre enfant arrivera au service de garde | |  |
| Mon enfant sera présent au service de garde du soir (15 h 30 à 18 h) | |  |
| Indiquez-nous l’heure à laquelle votre enfant arrivera au service de garde | |  |
| **SEMAINE 7** | | **VEUILLEZ COCHER** |
| Mon enfant sera présent au service de garde du matin (6 h 45 à 9 h 30) | |  |
| Indiquez-nous l’heure à laquelle votre enfant arrivera au service de garde | |  |
| Mon enfant sera présent au service de garde du soir (15 h 30 à 18 h) | |  |
| Indiquez-nous l’heure à laquelle votre enfant arrivera au service de garde | |  |
| **SEMAINE 8** | | **VEUILLEZ COCHER** |
| Mon enfant sera présent au service de garde du matin (6 h 45 à 9 h 30) | |  |
| Indiquez-nous l’heure à laquelle votre enfant arrivera au service de garde | |  |
| Mon enfant sera présent au service de garde du soir (15 h 30 à 18 h) | |  |
| Indiquez-nous l’heure à laquelle votre enfant arrivera au service de garde | |  |

1. [↑](#footnote-ref-1)
2. [↑](#footnote-ref-2)