



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.

Les demandes de remboursement ou de modification avec motifs valables doivent être transmises par écrit obligatoirement par courriel à 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 17 juin, le camp de jour rembourse 100 %.
- À partir du 18 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

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

1^{er} versement (selon la date d'inscription) Mode de paiement : Comptant Chèque Interac Visa Mastercard

2^e versement (15 mai) Mode de paiement : Chèque (Libellés à l'ordre du Comité des loisirs de Coteau-du-lac (CDL CDL))

3^e 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 : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		Niveau de nage : <input type="checkbox"/> Très bien <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Utilise une veste de flottaison	
Date de naissance (jour/mois/année) :		Année scolaire terminée (juin 2024) :	
Numéro d'assurance maladie :		Expiration :	
INFORMATION SUR LES PARENTS - PREMIER RÉPONDANT- CRÉDIT D'IMPÔT : <input type="checkbox"/> 100 % <input type="checkbox"/> 50 %			
Nom :		Prénom :	
Adresse de résidence :			
Ville :		Province :	Code postal :
1 ^{er} # téléphone :		2 ^e # 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 : <input type="checkbox"/> 100 % <input type="checkbox"/> 50 %			
Nom :		Prénom :	
Adresse de résidence :			
Ville :		Province :	Code postal :
1 ^{er} # téléphone :		2 ^e # 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 : <input type="checkbox"/> Père et mère <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Tuteur			
Informations sur <u>deux autres personnes</u> 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) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N/A			
2- Le personnel du camp de jour à prodiguer tous les soins nécessaires à mon enfant. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
3- Le transport en ambulance et le partage des informations contenues dans sa fiche de santé (si nécessaire) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
4- Le camp à choisir le médecin pour prodiguer tous les soins médicaux requis (s'il est impossible de me joindre). <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
5- Le camp de jour à administrer à mon enfant, des médicaments sans ordonnance en vente libre (ex: Advil). <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Votre enfant est-il autorisé à quitter seul le camp? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Votre enfant se rend-t-il seul au camp? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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?	
Asthme <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Fièvre des foins <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Diabète <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Herbe à puce <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Épilepsie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Piqûres d'insectes <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Migraines <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Animaux* <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
		Médicaments* <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
		Allergies alimentaires* <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Autres, préciser (manifestations/symptômes avant l'état de crise) : _____		*Préciser (manifestations/symptômes avant l'état de crise, etc.) : _____	
_____		_____	
_____		_____	
_____		_____	
		A-t-il reçu le vaccin du tétanos? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
		Si oui, est-il à jour? (bon sept ans) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
		A-t-il une dose d'adrénaline (ÉpiPen) à sa disposition? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
		Prend-t-il des médicaments? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
		Si oui, veuillez-nous les mentionner : _____	

		Doit-il les prendre au camp? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
		Si oui, vous devez 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.) : _____			

CAMPS THÉMATIQUES

ANNÉES SCOLAIRES TERMINÉES AU 25 JUIN 2024	SEM. 1 25 juin au 28 juin	SEM. 2 1 ^{er} au 5 juillet	SEM. 3 8 au 12 juillet	SEM. 4 15 au 19 juillet	SEM. 5 Sem. Construction 22 au 26 juillet	SEM. 6 Sem. Construction 29 juillet au 2 août	SEM. 7 5 au 9 août	SEM. 8 12 au 16 août
1 ^{ère} et 2 ^e années	Les couleurs en dehors des lignes <input type="checkbox"/>	1,2,3 ... Bouger ! <input type="checkbox"/>	Air-Eau-Bois <input type="checkbox"/>	À vos marmites ! <input type="checkbox"/>	Rigo'EAU <input type="checkbox"/>	Acrobaties et Fantaisies <input type="checkbox"/>	Karatékas <input type="checkbox"/>	Petits Einsteins <input type="checkbox"/>
3 ^e et 4 ^e années	Les couleurs en dehors des lignes <input type="checkbox"/>	1,2,3 ... Bouger ! <input type="checkbox"/>	Air-Eau-Bois <input type="checkbox"/>	À vos marmites ! <input type="checkbox"/>	Rigo'EAU <input type="checkbox"/>	Acrobaties et Fantaisies <input type="checkbox"/>	Karatékas <input type="checkbox"/>	Petits Einsteins <input type="checkbox"/>

SEMAINE 1 : 148 \$ résidents et 185 \$ non-résidents
SEMAINES 2 À 8 : 165 \$ résidents et 205 \$ non-résidents

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	
Mon enfant sera présent au service de garde du matin (6 h 45 à 9 h)	<input type="checkbox"/>
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)	<input type="checkbox"/>
Indiquez-nous l'heure à laquelle votre enfant arrivera au service de garde	
SEMAINE 2	
Mon enfant sera présent au service de garde du matin (6 h 45 à 9 h)	<input type="checkbox"/>
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)	<input type="checkbox"/>
Indiquez-nous l'heure à laquelle votre enfant arrivera au service de garde	
SEMAINE 3	
Mon enfant sera présent au service de garde du matin (6 h 45 à 9 h)	<input type="checkbox"/>
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)	<input type="checkbox"/>
Indiquez-nous l'heure à laquelle votre enfant arrivera au service de garde	
SEMAINE 4	
Mon enfant sera présent au service de garde du matin (6 h 45 à 9 h)	<input type="checkbox"/>
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)	<input type="checkbox"/>

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)	<input type="checkbox"/>
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)	<input type="checkbox"/>
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)	<input type="checkbox"/>
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)	<input type="checkbox"/>
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)	<input type="checkbox"/>
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)	<input type="checkbox"/>
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)	<input type="checkbox"/>
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)	<input type="checkbox"/>
Indiquez-nous l'heure à laquelle votre enfant arrivera au service de garde	