

# Inscription Camp d'hiver 2017

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR L'ENFANT	
Nom de famille :	Sexe : F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>
Prénom :	Date de naissance (JJ/MM/AAAA) :
Adresse :	Dernière année scolaire complétée :
Code postal :	1re participation dans au camp de GMS? Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
<p><b>Afin de produire un reçu d'impôt, la loi nous oblige à demander le numéro d'assurance sociale ainsi que le nom et prénom du parent qui émet le (s) chèque (s).</b></p> <p>Nom : _____ Prénom : _____</p> <p>Numéro d'assurance sociale : _____</p>	
NOM DES PARENTS OU TUTEURS LÉGAUX (en lettre moulées)	
Nom :	Nom :
Lien avec l'enfant :	Lien avec l'enfant :
Adresse (si diffère de celui de l'enfant) :	Adresse (si diffère de celui de l'enfant) :
Code postal :	Code postal :
Télé- phone	Téléphone
Résidence :	Résidence :
Cellulaire :	Cellulaire :
Autre :	Autre :
Courriel :	Courriel :
<b>Garde de l'enfant :</b> Père et mère <input type="radio"/> Mère <input type="radio"/> Père <input type="radio"/> Partagée <input type="radio"/> Tuteur <input type="radio"/>	
<b>Le soir, votre enfant quitte :</b> avec un parent <input type="radio"/> Seul <input type="radio"/> Avec une autre personne <input type="radio"/> précisez : <i>*seulement les personnes autorisées peuvent venir chercher les enfants. Pour autoriser qui que ce soit dont le nom n'est pas mentionné du présent formulaire à aller chercher votre enfant, vous devez transmettre au préalable un avis écrit précisant le nom de cette personne.</i>	
ALLERGIES ET MALADIES	
Votre enfant a-t-il des Allergies et/ou maladies : Oui <input type="radio"/> précisez : _____ Non <input type="radio"/>	
Votre enfant a-t-il en sa possession une dose d'épinéphrine ou autres médicaments : Oui, <input type="radio"/> précisez : Non <input type="radio"/>	
Numéro d'assurance maladie :	Date d'expiration (MM/AAAA) :
EN CAS D'URGENCE	
Personne à joindre en cas d'urgence :	Nom, prénom :
	Lien avec l'enfant :
	Téléphone :
<p>En signant la présente, j'autorise le personnel du camp à administrer les premiers soins de base et à agir en mon nom en cas d'urgence. Le cas échéant, le coût du transport en ambulance sera assumé par les parents.</p> <p>Nom et prénom du parent ou tuteur légal : _____ Signature : _____ Date : _____</p>	



# Camp d'hiver 2017

## PRISE DE PHOTOS

En signant la présente, j'autorise le personnel du camps à prendre des photos ou des vidéos pendant le camp d'hiver GMS 2017 et que GMS utilise et diffuse, sous quelque format que ce soit, ces photographies ou vidéos à des fins non commerciales reliées à ses missions.

Nom et prénom du parent ou tuteur légal : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

## TARIFS

Semaine du 6 au 10 mars 2017 de 9h00 à 16h00	90 \$
Service de garde À partir de 7h jusqu'à 18h **Au choix	<input type="checkbox"/> 25 \$
Frais d'inscription **Obligatoire	15 \$
<b>Total :</b>	_____ \$

## MODE DE PAIEMENT

Chèque   
\*Possibilité de faire 1 paiement par chèque à l'ordre de  
**Gestion Multisports St-Léonard en date d'aujourd'hui.**

Carte de crédit : Visa  Mastercard

No : \_\_\_\_\_  
Expiration (MM/AA) : \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\*\*\*IMPORTANT : **Après le 20 Février 2017, aucun chèque ne sera accepté.** Paiement par carte de crédit ou comptant uniquement.

### Remboursement :

En cas d'annulation **avant le 20 Février 2017**, les frais seront remboursés à l'exception des frais d'inscription de 15 \$. **Après cette date, AUCUN REMBOURSEMENT ne sera accordé sauf sur présentation d'un billet médical.**

\*\*Veuillez remettre la fiche à la mairie de Saint-Léonard située au **8400 boulevard Lacordaire** dans la boîte à côté du gardien de sécurité prévue à cet effet.

Pour plus d'information, veuillez contacter Gestion Multisports Saint-Léonard  
Tél : 514-721-6971  
Site internet : [www.gmsstleonard.com](http://www.gmsstleonard.com)