



LES CAMPS DE JOUR NOS VOIX, NOS VISAGES

2516, Ste-Hélène, Longueuil J4K 3V2

T : 450-442-0740 Fax : 450-442-1762

www.nosvoixnosvisages.org/info@nosvoixnosvisages.org

Photo
Campeur
(obligatoire)

MONTRÉAL
FICHE D'INSCRIPTION
CAMP EN ARTS DE LA SCÈNE

POUR LES 6-12 ANS

Centre Culturel Calixa Lavallée
3819 Ave. Calixa Lavallée, MTL

LES 13-17 ANS (théâtre)

Centre Culturel Calixa Lavallée
3819 Ave. Calixa Lavallée, MTL

POUR LES 6-12 ANS

École Sophie-Barat (Annexe)
750, Boul. Gouin Est, Mtl (Ahuntsic)

RENSEIGNEMENTS STAGIAIRE

Ancien

Nouveau

Sexe : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____ App. : _____ Code Postal : _____

Ville : _____ Téléphone : _____

Date de naissance : _____ / _____ / _____ Age lors du camp : _____ ans _____ mois
Année mois jour

Signature (campeur) : _____

Comment avez-vous entendu parler de nos camps ? _____

Adresse courriel : _____

PARENT OU TUTEUR

Nom : _____ Prénom : _____

Tél (rés) : _____ Tél (bur) : _____

Autre personne à contacter en cas d'urgence

Nom : _____ Prénom : _____

Tél (rés) : _____ Tél (bur) : _____

Relation avec le campeur : _____

Choix de période (Cocher la ou les périodes désirées)

30 juin au 11 juillet 28 juillet au 08 août

14 juillet au 25 juillet 11 août au 22 août

Un reçu (relevé 24) pour fin d'impôts vous sera émis au plus tard le 28 février 2009. À cette fin, le gouvernement nous oblige à vous demander votre numéro d'assurance sociale. Des reçus temporaires faits à la main seront remis pour les frais de camp payés en argent comptant seulement.

Nom de la personne à qui on doit émettre le reçu : _____

Adresse complète de la personne : _____

Numéro d'assurance sociale (obligatoire) : _____ (N.A.S. obligatoire)

Réservé à l'administration

Frais de camp \$ _____ + Service de garde \$ _____ = Total \$ _____

Réservé à l'administration

Vér. Groupe _____ in _____ Inscription _____ in _____ Comptabilité _____ in _____

Vér. Données _____ in _____ Entrée de données _____ in _____

Fiche Santé

**Photo
obligatoire**

Endroit du camp : _____

Date du camp : _____

RENSEIGNEMENTS STAGIAIRE

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____ App : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Date de naissance : _____ Age lors du camp : _____

Renseignements obligatoires :

Nr d'assurance maladie : _____ Date d'expiration : _____

En cas d'urgence :

Nom de la mère Tél (rés) Tél (bur)

Nom du père Tél (rés) Tél (bur)

Nom () Tél (rés) Tél (bur)

MALADIES, ALLERGIES OU CONDITIONS PARTICULIÈRES POUVANT AFFECTER LE TRAVAIL DU PERSONNEL OU LE FONCTIONNEMENT DU CAMP. (Toute omission à cette clause peut entraîner le renvoi du stagiaire).

Suivi, traitement ou encadrement nécessaire :

DÉCHARGE

En cas d'urgence, j'autorise le Camp de Jour Nos Voix, Nos Visages à intervenir auprès de mon (mes) enfant (s). Il prendra les dispositions nécessaires aux soins du stagiaire, et ce, à mes frais.

Signature

Date