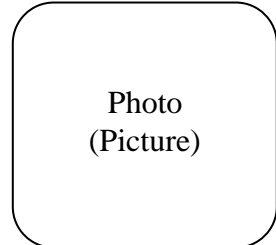




CAMP SPORTIF ETE 2019

LSCDN-NDG

2019 SUMMER SPORTS CAMP



ENFANT (CHILD)		MÈRE (MOTHER)	
Nom (last name)	N° de membre (membership #)	Nom (last name)	
Prénom (first name)		Prénom (first name)	
Sexe <input type="checkbox"/> féminin (female) <input type="checkbox"/> masculin (male)		Tél. Rés. (home)	
Date de naissance (date of birth) JJ/MM/AAAA		Tél. Travail (work)	
Âge		Cell.	
École fréquentée (school attended)		Autre (other)	
Adresse principale (principal address)		PÈRE (FATHER)	
		Nom (last name)	
		Prénom (first name)	
Ville (city)		Tél. Rés. (home)	
Code postal (postal code)		Tél. Travail (work)	
Courriel(email) obligatoire:		Cell.	
		Autre (other)	
POUR L'ÉMISSION DU RELEVÉ 24, INDIQUER LES COORDONNÉES DU PARENT PAYEUR TO RECEIVE A «RELEVÉ 24» FOR INCOME TAX PURPOSES PLEASE INDICATE PARENTS NAME & SOCIAL INSURANCE NUMBER		AUTORISATION PARENTALE (PARENTAL CONSENT)	
Nom (last name) : _____ Prénom (first name) : _____ N.A.S. : _____ Refus de fournir le N.A.S. (Does not want to give N.A.S.) <input type="checkbox"/>		- Je donne la permission à mon enfant de participer aux activités quotidiennes du camp, ce qui inclut les sorties durant les heures régulières du camp. (I give my child permission to participate in the daily activities of the camp that include outings during regular day camp hours). Initiales: _____ - Je reconnais que la direction du camp se réserve le droit de refuser ou de renvoyer tout enfant qui agira de manières dangereuses ou agressives envers lui-même, les autres enfants, le personnel ou la propriété du camp. (I understand that the camp management reserves the right to refuse or dismiss any child who acts in a dangerous or aggressive manner towards himself/herself, other children, camp personnel or camp property). Initiales: _____ - Je reconnais les risques d'accidents et je ne tiendrai aucunement responsable Loisirs sportif CDN ou la personne et les administrateurs des accidents qui pourraient survenir à mon enfant inscrit au camp sportif (I acknowledge the risk of accidents that may occur, while my child is registered in the camp and will not hold the staff or directors responsible). Initiales: _____ - J'autorise LSCDN-NDG à prendre en photo mon enfant dans le cadre des activités du camp sportif et à les utiliser pour sa communication. (I authorize LSCDN to take pictures of my child and use them for its communication). Initiales: _____ Je soussigné(e), déclare avoir été informé(e) des conditions de l'inscription de mon enfant au camp sportif 2019. (I undersigned, declare having been informed of the terms of my child's registration to the sports camp for 2019).	
Nom des enfants d'une même famille (children names of the same family). 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____		Signature du parent (Signature of the parent) _____	

FICHE MÉDICALE ETE 2019 (2019 SUMMER MEDICAL SHEET)

Nom de l'enfant (child's name) : _____ **N.A.M. (medicare number) :** _____ **Expiration :** _____

Votre enfant souffre-t'il? (Is your child suffering of)	Non (no)	Oui (yes)	Fréquence (frequency)	Traitement à administrer (treatment to give)
Allergies				
Asthme (asthma)				
Diabète (diabetes)				
Épilepsie (epilepsy)				
Troubles cardiaques (cardiac disorders)				
Autres (others)				
Votre enfant présente-t'il? (Is you child presenting)	Non (no)	Oui (yes)	EN CAS D'ALLERGIE / AUTORISATION	
Hyperactivité (hyperactivity)			<p>J'autorise le personnel de LSCDN-NDG à administrer à mon enfant son Épipen dans le cas où celui-ci juge que mon enfant réagit à une substance allergène. L'enfant doit donc être un cas connu au point de vue allergique. Votre signature conclut l'entente avec LSCDN-NDG, sur l'application d'une telle mesure.</p> <p>I authorize LSCDN-NDG staff to administer to my child his/her Epipen if it feels that my child reacts to an allergen. The child must be known as an Allergic. Your signature concludes the agreement with LSCDN-NDG about these measures.</p> <p>Signature : _____</p>	
Gêne excessive (excessive discomfort)				
Lenteur (slowness)				
Déficit d'attention				
Difficulté de comportement (behavioral problems)				
Incontinence				
Rejet ou isolement (rejection or isolation)				
Autres (others)				

Urgence (emergency) : Nom (name) : _____ Téléphone (phone) : _____ Lien (relation) : _____

Votre enfant sera t'il (elle) autorisé(e) à partir seul(e) après les activités du camp (Do you authorize your child to return home alone after at the end of the day).

Oui (Yes) Non (No)

Si vous avez répondu non, qui viendra chercher votre enfant ? (If you have answered no, who will be picking your child up?) :

Désirez-vous utiliser le service de garde. Do you wish to use the extended case hours.

Lundi au vendredi 7h00-9h00 et 16h00-18h00 semaine 1 semaine 2 semaine 3 semaine 4 semaine 5
 Monday to Friday 7-9 am and 4-6 pm semaine 6 semaine 7 semaine 8
 Semaine 1: 30\$

NB: Nombre de places limitées. L'inscription de votre enfant ne sera complète que lorsque vous serez venu payer et qu'un reçu officiel vous aura été remis.

NB : Limited places. The registration will only be completed when you will pay and an official receipt will be given to you.

RESERVÉ À L'ADMINISTRATION / RESERVED TO THE ADMINISTRATION

PAIEMENT COMPLET : CHÈQUE COMPTANT CARTE CREDIT