



# \_\_\_\_\_

## FORMULAIRE D'INSCRIPTION

### Participant

Prénom et nom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Prénom et nom du parent : \_\_\_\_\_

Adresse du domicile : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Tél résidence : \_\_\_\_\_ Tél cellulaire : \_\_\_\_\_

Autre personne à rejoindre : \_\_\_\_\_ Lien : \_\_\_\_\_

Tél résidence : \_\_\_\_\_ Tél cellulaire : \_\_\_\_\_

### Choix des semaines

140\$ par semaine / 40\$ par jour	oui	non	Journées					SG (40\$/sem.)	Total partiel
			L	M	M	J	V		
1. Semaine du 29 juin au 3 juillet									
2. Semaine du 6 au 10 juillet									
3. Semaine du 13 au 17 juillet									
4. Semaine du 20 au 24 juillet									
5. Semaine du 27 au 31 juillet									
6. Semaine du 3 au 7 août									
7. Semaine du 10 au 14 août									
<b>*CHANDAIL OBLIGATOIRE</b>	6-8/ 10-12/ 14-16/ S/ M/ L/ XL								10,00\$
<b>TOTAL</b>									

**\*Le montant inclut les frais pour chacune des activités, aucun montant supplémentaire ne vous sera facturé.**

\* Lors de l'inscription, vous devez acquitter des frais d'inscription de 50\$ (non remboursable après le 1<sup>er</sup> juillet) de préférence par chèque à l'ordre de Technoscience Côte-Nord.

<b><u>Réservé à l'administration</u></b>		
Montant : _____	<input type="checkbox"/> comptant	<input type="checkbox"/> chèque no. _____

J'ai pris connaissance des politiques et règlements du Camp de jour du Club des Débrouillards et de Technoscience Côte-Nord. J'autorise mon enfant à participer aux activités prévues dans le cadre du Camp de jour du Club des Débrouillards. Je dégage le personnel et les administrateurs de toute responsabilité quant au vol ou autres dommages causés au matériel et aux vêtements de mon enfant.

Permettez-vous à votre enfant de quitter le site d'activité à la fin de la journée?

- Non, l'enfant demeure sur le site d'activité sous la responsabilité de Technoscience Côte-Nord
- Oui, l'enfant a la permission de quitter les lieux seul.

#### MESURE D'URGENCE

- En cas d'urgence médicale, j'autorise la direction de Technoscience Côte-Nord à faire hospitaliser mon enfant. De plus, j'autorise les autorités de l'hôpital à lui prodiguer les traitements nécessaires.

#### DROITS D'IMAGE

- En inscrivant mon enfant aux activités du Club des Débrouillards, j'autorise Technoscience Côte-Nord à le prendre en photographie et vidéo. Les images de mon enfant pourront être utilisées dans les outils de promotion du programme Les Débrouillards ou du réseau Technoscience, tels que dépliants, magazines, site web des Débrouillards, publicités, ou être envoyées aux médias, aux commanditaires ou donateurs de prix, le cas échéant.

Signature du parent : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_



Technoscience Côte-Nord

690 boulevard Laure, bureau 156, Sept-Îles, QC, G4R 4N8

Tél : 418-962-0959 1-877-962-0959 [debrouillards@clsnc.net](mailto:debrouillards@clsnc.net)

## Fiche de santé

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_

No. ass. Maladie : \_\_\_\_\_

**Médication à rendre ou à transporter pendant la journée :**       Oui       Non

Si oui, joindre la fiche signalétique du produit et signer l'autorisation.

**Votre enfant souffre-t-il ou a-t-il déjà souffert d'un des problèmes suivants :**

Convulsion                       Oui               Non

Maux de tête                       Oui               Non

Perte de conscience               Oui               Non

Fréquence \_\_\_\_\_

Précision \_\_\_\_\_

Problème cardiaque               Oui               Non

Précision \_\_\_\_\_

Problème respiratoire               Oui               Non

Précision \_\_\_\_\_

Allergie médicaments               Oui               Non

Allergie alimentaire               Oui               Non

Autre(s) allergie(s)               Oui               Non

Diète spéciale                       Oui               Non

Précision \_\_\_\_\_

**Votre enfant possède-t-il un système d'injection d'adrénaline en cas d'urgence?**

Oui               Non

**Votre enfant souffre-t-il d'un des troubles suivants :**

Trouble du langage               Oui               Non

Trouble d'opposition               Oui               Non

Trouble déficitaire de l'attention               Oui               Non

Autisme                               Oui               Non

Autres \_\_\_\_\_

Précisions \_\_\_\_\_

**Autre(s) élément(s) de nature médicale dont vous voudriez nous faire part :**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature du parent

\_\_\_\_\_  
Date

## **Relevé 24**

Désirez-vous recevoir le « Relevé 24 – Frais de garde d'enfants » pour fins d'impôts?

Oui

Non

Parent à charge : \_\_\_\_\_

NAS : \_\_\_\_\_

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_

### **Réservé à l'administration**

# \_\_\_\_\_ Groupe : \_\_\_\_\_

# \_\_\_\_\_ Groupe : \_\_\_\_\_

# \_\_\_\_\_ Groupe : \_\_\_\_\_