

# FORMULAIRE d'inscription 3

Réservé  
à l'administration



## Tarifs pour les **NON-RÉSIDENTS** de Saint-Georges

<p><b>Identification du participant (une seule inscription par feuille)</b></p> <p>Nom _____</p> <p>Prénom _____ Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F</p> <p>Adresse _____</p> <p>Ville _____ Code postal _____</p> <p>Téléphone(s) _____</p> <p>Degré scolaire au 1<sup>er</sup> juin 2011 _____</p> <p>Date de naissance ____/____/____ Âge _____</p> <p>Écrire le no de la carte-loisirs s'il y a lieu : _____</p> <p><b>Signature des parents</b> _____ <b>Date</b> _____</p>	<p><b>Identification du parent ou tuteur</b></p> <p>Nom _____</p> <p>Prénom _____</p> <p>Adresse _____ (si différente du participant)</p> <p>Ville _____ Code postal _____</p> <p>Tél.rés. _____ Tél.bur. _____ Poste _____</p> <p><b>Personne à contacter en cas d'urgence :</b> _____</p> <p>Tél.rés. _____ Tél.bur. _____ Poste _____</p>
---	--

**N.B. Les rabais pour les 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> enfants et + s'appliquent SEULEMENT AUX RÉSIDENTS DE VILLE DE SAINT-GEORGES.**

**Activités : Terrains de jeux, service de garde, ateliers jeunesse ou jeunesse en vacances.**

VEUILLEZ COCHER L'ACTIVITÉ DE VOTRE CHOIX ET ENCERCLER LE TARIF APPROPRIÉ							
Nom de l'activité	Options	√	PRIX RÉGULIER		AVANT LE 10 JUIN 2011		SOUS TOTAL
			AVEC carte-loisirs	SANS carte-loisirs	AVEC carte-loisirs	SANS carte-loisirs	
<b>TERRAINS DE JEUX</b>	Centre sportif Lacroix-Dutil		100	250	80	200	
	Parc des Sept-Chutes		100	250	80	200	
	Parc Caron		48	120	40	100	
<b>SERVICE DE GARDE</b> Été complet	Centre sportif Lacroix-Dutil		64	160	64	160	
	Parc des Sept-Chutes		64	160	64	160	
<b>SERVICE DE GARDE à la semaine</b> (s.v.p. encerclez les semaines désirées) Semaine # 1 2 3 4 5 6 7 _____ semaine X _____ \$	Centre sportif Lacroix-Dutil		16	40	16	40	
	Parc des Sept-Chutes		16	40	16	40	
<b>ATELIERS JEUNESSE</b> (11 – 12 ans) Lundi et mercredi	Pour tout l'été		225	560	180	450	
<b>JEUNESSE EN VACANCES</b> (13 – 15 ans) Mardi et jeudi	Pour tout l'été		225	560	180	450	

**Activités : Cours de natation Junior et/ou Préscolaire**

Nom de l'activité	Options	√	PRIX RÉGULIER		AVANT LE 10 JUIN 2011		SOUS TOTAL
			AVEC carte-loisirs	SANS carte-loisirs	AVEC carte-loisirs	SANS carte-loisirs	
<b>COURS DE NATATION</b> Niveau _____ Jour _____	Centre sportif Lacroix-Dutil		45	110	36	90	
	Parc des Sept-Chutes		45	110	36	90	
<b>PRÉSCOLAIRE</b> (SPÉCIFIEZ) _____	Centre sportif Lacroix-Dutil	30 MIN.	26	64	21	52	
		45 MIN.	34	84	27	68	
<b>DIVERS</b> _____							

**TOTAL À PAYER**

**OBLIGATOIRE SI VOUS DÉSIREZ UN REÇU POUR FINS D'IMPÔTS**

Nom et no d'assurance sociale de la personne qui recevra le reçu pour fins d'impôts « Relevé 24 »

Nom \_\_\_\_\_ No d'assurance sociale \_\_\_\_\_

Avez-vous inscrit 2 enfants et plus à une même activité ?  Oui  Non

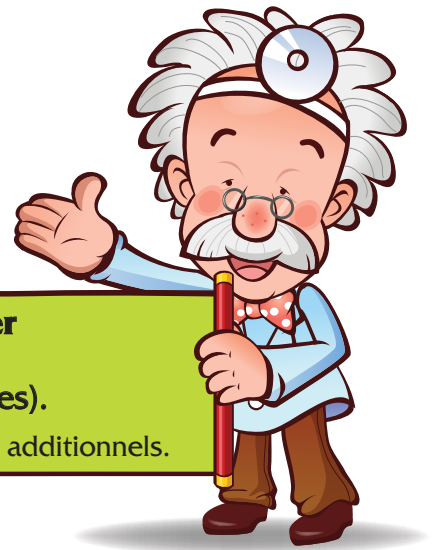
Si oui, nom des autres enfants inscrits \_\_\_\_\_

**POUR LES PARENTS D'ENFANT INSCRITS À « ATELIERS JEUNESSE OU JEUNESSE EN VACANCES »**

Désirez-vous recevoir l'information sur les activités par courriel ?  Oui  Non \_\_\_\_\_

COURRIEL

# FICHE santé



**Cette fiche santé est primordiale pour assurer la sécurité de votre enfant.**  
**Veillez remplir et signer cette fiche (2 signatures).**

Si nécessaire, faites des photocopies de cette fiche pour les enfants additionnels.

## IDENTIFICATION

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Date de naissance      /      /      N° d'assurance maladie \_\_\_\_\_ Expiration      /      /      Degré scolaire terminé \_\_\_\_\_

**PERSONNES À JOINDRE EN CAS D'URGENCE** (veuillez inscrire minimalement le nom de la mère et/ou du père + une autre personne)

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Lien avec l'enfant \_\_\_\_\_ **MÈRE**

Tél. résidence \_\_\_\_\_ Tél. bureau \_\_\_\_\_ Cellulaire \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Lien avec l'enfant \_\_\_\_\_ **PÈRE**

Tél. résidence \_\_\_\_\_ Tél. bureau \_\_\_\_\_ Cellulaire \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Lien avec l'enfant \_\_\_\_\_

Tél. résidence \_\_\_\_\_ Tél. bureau \_\_\_\_\_ Cellulaire \_\_\_\_\_

**OUI, je désire que mon enfant PORTE LA VESTE DE SAUVETAGE lorsqu'il va à la piscine.**

## DONNÉES MÉDICALES

Votre enfant présente-t-il des problèmes ne nécessitant pas une attention particulière (ex. : handicap, maladie, hyperactivité, etc.) ?  OUI  NON

(Si oui) mon enfant a les problèmes médicaux suivants : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Mon enfant doit prendre les médicaments suivants : \_\_\_\_\_

**Tout médicament doit être identifié au nom de l'enfant et placé dans un sac hermétique.**

## AUTORISATION LORS DU DÉPART DE L'ENFANT

Autorisé à quitter seul (à pied ou en vélo)  **N'est pas autorisé à quitter seul (à pied ou en vélo) \***

\* Inscrire le nom des personnes autorisées à venir chercher l'enfant autre que le père et la mère.

**IMPORTANT**

**Aviser de tout changement au 418 228-8155**

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_  
PERSONNE AUTORISÉE PERSONNE AUTORISÉE

## AUTORISATION IMAGES ET PROPOS

« J'autorise le Service des loisirs et de la culture de Ville de Saint-Georges à photographier, filmer et enregistrer mon enfant dans le cadre des activités du terrain de jeux. Ces extraits sonores et ces images pourraient être utilisés pour la promotion des activités de la Ville de Saint-Georges. »

Signature du père ou de la mère \_\_\_\_\_ Date      /      /       
Jour Mois Année