

## INSCRIPTION CAMP DE JOUR

**\*Un formulaire par enfant.**

### RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

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

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_      Age : \_\_\_\_\_      Sexe : M  F

No ass. Maladie : \_\_\_\_\_      Date d'expiration : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Prénom et nom du parent ou tuteur responsable :** \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_      No téléphone maison : \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_      No téléphone travail : \_\_\_\_\_

Province \_\_\_\_\_      No téléphone cellulaire : \_\_\_\_\_

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

### Horaire du camp de jour : 7h00 à 17h00

Nous vous demandons de respecter les heures du camp de jour, MERCI!

#	Semaine	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Complète	Case réservé pour retard	Total de jour
1	Relâche de mars (5 au 9 mars 2018)								
2	25 juin au 29 juin 2018								
3	2 au 6 juillet 2018								
4	9 au 13 juillet 2018								
5	16 au 20 juillet 2018								
6	23 au 27 juillet 2017								
7	30 juillet au 3 août 2018								
8	6 au 10 août 2018 (Festival Country)								
9	13 au 17 août 2018								
10	20 au 24 août 2018								
<b>Frais d'inscription (à régler lors de l'inscription)</b>									<b>25,00 \$</b>
<b>TOTAL</b>									
<b>Solde</b>									

#### PRENEZ NOTE : Politique de remboursement

- ✓ Il est à noter : Le **paiement total** des frais de camp de jour est **obligatoire avant le début du camp, préférablement à la remise des documents**
- ✓ Des frais de 15\$ seraient perçus pour un chèque sans provision.
- ✓ Aucun remboursement du frais d'inscription ne sera effectué.
- ✓ Des frais de retard de 15,00 \$ par 30 minutes sera perçu après 17h00 payable dans la même semaine pour pouvoir profiter des semaines suivantes.

**Chèques faits à l'ordre de :**  
Municipalité de Bois-Franc  
466, Route 105  
Bois-Franc, Québec, J9E 3A9

#### Information pour Reçu pour frais inscription

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville/village : \_\_\_\_\_

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

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

**J'ai rempli la fiche médicale et pris connaissance des modalités de paiement ainsi que de la politique de remboursement.**

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date