

Renseignements médicaux / Medical information:

NOTE : Il est obligatoire que chaque enfant soit couvert par une assurance médicale au Canada / It is mandatory for each child to have medical insurance coverage while staying in Canada.

Numéro d'assurance maladie / Medicare number: _____ Date d'exp. / Exp. Date: _____

Votre enfant souffre-t-il de problèmes tels que / Does your child suffer from any of the following:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> épilepsie / epilepsy | <input type="checkbox"/> hémophilie / hemophilia | <input type="checkbox"/> troubles d'audition / hearing problems |
| <input type="checkbox"/> diabète / diabetes | <input type="checkbox"/> hyperactivité / hyperactivity | <input type="checkbox"/> asthme / asthma |
| <input type="checkbox"/> allergies / allergies | <input type="checkbox"/> troubles de la vision / vision problems | <input type="checkbox"/> incontinence / incontinence |

Autres spécifier s.v.p. / Other, please specify: _____

Est-ce que votre enfant a besoin d'une epipen? / Does your child need to carry an epipen? oui / yes non / no

Est-ce qu'il y a d'autres facteurs relevant de l'état physique ou émotif de votre enfant que vous aimeriez nous faire connaître?
Are there any other physical or emotional factors concerning your child that you would like us to be aware of?

J'AUTORISE LES PERSONNES RESPONSABLES DE MON ENFANT À PRENDRE LES MESURES NÉCESSAIRES EN CAS D'URGENCE / IN CASE OF EMERGENCY, I HEREBY AUTHORIZE THOSE RESPONSIBLE FOR MY CHILD'S CARE TO TAKE THE NECESSARY MEASURES TO ENSURE MY CHILD'S HEALTH.

SIGNATURE DES PARENTS / PARENT'S SIGNATURE

DATE

PHOTO DE VOTRE ENFANT
PICTURE OF YOUR CHILD

PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT/ PEOPLE AUTHORIZED TO PICK-UP CHILDREN:

Heure d'arrivée/Expected drop-off time _____ Heure de départ/Expected pick-up time _____

Mère / Mother Père / Father

Autres personnes / Other people:

1. Nom / Name: _____ 2. Nom / Name: _____

Lien avec l'enfant / Relation to child _____ Lien avec l'enfant / Relation to child: _____

Tél. Maison / Tel. Home: _____ Tél. Maison / Tel. Home: _____

Autre / Other: _____ Autre / Other: _____

NON AUTORISÉES / NON-AUTHORIZED:

Nom / Name: _____

Lien avec l'enfant / Relation to child: _____

Choix de cours / Program selection

Sessions d'été 2011 / Summer Sessions 2011 :

1. Du 27 juin au 15 juillet / June 27th to July 15th

Durée : 3 semaines / Duration: 3 weeks

- Cours d'anglais ou de français (45 heures) : 530 \$ / English or French course (45 hours) : \$530
ou / or
- Cours de langue + sports et loisirs : 990 \$ / Language + Sports & Recreation \$990

2. Du 18 juillet au 5 août / July 18th to August 5th

Durée : 3 semaines / Duration: 3 weeks

- Cours d'anglais ou de français (45 heures) : 530 \$ / English or French course (45 hours) : \$530
ou / or
- Cours de langue + sports et loisirs : 990 \$ / Language + Sports & Recreation \$990

Reçus pour fins d'impôt / Income tax receipt:

NOM / NAME:
(Parent/Parent's)

N.A.S. / S.I.N.

Modalités de paiement/ Method of payment:

Nous acceptons : argent comptant, cartes de crédit (Visa, MasterCard, American Express) et carte de débit.

We accept: cash, credit cards (Visa, MasterCard, American Express) and debit card.

Annulations et remboursements / Cancellations and refunds:

Pour les étudiants locaux :

- Lire le document : Conditions générales.

- Il n'y aura aucuns frais retenus (sauf les frais d'administration si applicables) pour toute annulation due à des raisons médicales (avec attestation).

J'ai lu et je suis d'accord avec la politique de remboursement de l'École.

Signature manuscrite:

Date (mois/jour/année):

For local students:

- Please refer to the document: General Conditions.

- There will be no charge if a cancellation is requested with a medical certificate (except for applicable administration fee).

I have read and agree to comply with the school's refund policy.

Sign here by hand:

Date (month/day/year):

AUTORISATION POUR LES SORTIES / AUTHORIZATION FOR OUTINGS :

À moins d'un avis écrit de ma part, j'autorise, par la présente, l'enfant dont le nom est ci-dessus mentionné à participer aux sorties et activités du camp de jour du YMCA.

I hereby authorize the YMCA day camp to permit the afore-mentioned child to participate in all outings and all related activities unless otherwise specified in writing.

Signature

Date

AUTORISATION POUR QUITTER LE CAMP / AUTHORIZATION FOR LEAVING CAMP :

J'autorise mon enfant à quitter le camp linguistique à _____ heures, pour rentrer seul(e) à la maison. Oui / Yes Non / No

I hereby authorize my child to leave the camp at _____ o'clock, to go back home on his/her own.

Signature

Date

AUTORISATION POUR PROMOTION ET PUBLICITÉ / AUTHORIZATION FOR PROMOTION AND PUBLICITY:

J'accepte que le camp de jour du YMCA de Montréal produise du matériel promotionnel (vidéos, photos, diapositives) dans lequel mon enfant pourrait apparaître.

I am aware that the YMCA of Montreal day camp produces promotional materials (videos, pictures, slides) which may include my child.

Signature

Date

J'ai reçu le **GUIDE D'INFORMATION DU CAMP DE JOUR**, en ai pris connaissance, comprends et respecterai les règlements et politiques du camp.

I hereby declare having received the **DAY CAMP INFORMATION GUIDE** and acknowledge and understand all policies and regulations within and will honor them.

Signature

Date

Comment avez-vous entendu parler du camp de jour? / How have you heard about our day camp?

Ami(e) / Friend

Annonce / Ad

Répertoire ACQ / ACQ Repertoire

Affiche / Poster

Internet

Autre / Other _____