

Cours de natation

FICHE D'INSCRIPTION 2016

Fiche d'identification de l'enfant

Nom : _____

Sexe: M () F ()

Prénom : _____

Numéro Assurance Maladie : _____

Obligatoire avant la première journée

Date de naissance: _____ / _____ / _____
Jour mois année

Âge : _____
Au 29 juin 2016

Votre enfant a-t-il déjà suivi des cours de natation ? Oui () Non ()

Si oui, quel est le dernier niveau réussi ? Junior niveau : _____

Renseignements supplémentaires

L'enfant vit avec : () ses parents () sa mère () son père () garde partagée () autre : _____

Nom de la mère :

(ou du tuteur)

Adresse :

Ville :

Code postal :

Tél. (maison) :

Tél. (travail) :

Cellulaire :

Autorisé à venir chercher l'enfant ? Oui () Non ()

Nom du père :

Adresse :

Ville :

Code postal :

Tél. (maison) :

Tél. (travail) :

Cellulaire :

Autorisé à venir chercher l'enfant ? Oui () Non ()

Autorisation

Personne(s) autorisée(s) à venir chercher l'enfant autre que les parents (s'il y a lieu) :

Si non-autorisée(s), cochez la case appropriée.

_____	_____	Non autorisée ()
<small>Nom</small>	<small>Lien avec l'enfant</small>	<small>Téléphone en cas d'urgence</small>
_____	_____	Non autorisée ()
<small>Nom</small>	<small>Lien avec l'enfant</small>	<small>Téléphone en cas d'urgence</small>

En cas d'urgence

_____	_____
Nom de la personne :	Lien avec l'enfant :
_____	_____
Tél. (maison) :	Tél. (travail) :

Piscine

Est-ce que votre enfant sait nager ? () Oui () Non
Doit-il porter un vêtement de flottaison quand il va à la piscine ou à la plage? () Oui () Non
Doit-il porter un vêtement de flottaison quand il va dans la barboteuse? () Oui () Non

Médicaments (Veuillez noter qu'aucun médicament ne sera administré par un animateur)

Est-ce que votre enfant prend des médicaments ? Oui ()* Non ()

*Si oui, nom du médicament : _____ Posologie : _____

Votre enfant souffre-t-il d'allergies ? Oui ()* Non ()

Votre enfant a-t-il à sa disposition
une dose d'adrénaline ? Oui () Non ()

* Si oui, lesquels :

Votre enfant souffre-t-il :

	OUI	NON		
Asthme	()	()	Fréquence :	_____
Diabète	()	()	Fréquence :	_____
Épilepsie	()	()	Fréquence :	_____
Convulsions	()	()	Fréquence :	_____
Trouble cardiaque	()	()	Fréquence :	_____
Déficit de l'attention	()	()	Médicaments :	_____
Autres	()	()	Fréquence :	_____
			Médicaments :	_____

Consentement

Au meilleur de notre connaissance, notre enfant est en bonne santé et n'a été exposé à aucune maladie contagieuse au cours des quatre (4) dernières semaines. S'il le devient entre aujourd'hui et la période des cours auxquels il est inscrit, nous nous engageons à en prévenir les responsables.

En signant la présente, j'autorise la Municipalité de Sainte-Anne-de-la-Pérade à prodiguer tous les soins infirmiers nécessaires ainsi qu'à transporter mon enfant par ambulance ou autrement, dans un établissement hospitalier si elle le juge nécessaire.

X

Signature du parent ou du tuteur

Date

TARIFICATION : 55,60\$ par enfant pour la session complète d'une durée de 10 cours donnés à raison de 2 fois par semaine pendant 5 semaines (4 juillet au 6 août 2016).

Relevé 24 (aux fins d'impôts)

Le formulaire pour les impôts doit être fait au nom :

Numéro d'assurance sociale :

() De la mère () Du père () Du tuteur

_____/_____/_____

Obligatoire aux fins d'impôt

R É S E R V É À L ' A D M I N I S T R A T I O N

Inscription piscine

() Chèque : _____ \$ Reçu : # _____

() Argent : _____ \$ Reçu : # _____

Date _____

Date _____

Politique de remboursement à la Municipalité de Sainte-Anne-de-la-Pérade

Remboursement intégral si la Municipalité annule ou modifie les conditions de l'activité avant le début de cette activité. / Remboursement moins 20% (frais d'administration) : Pour toute demande de remboursement reçue avant le début de l'activité ; si la personne inscrite est dans l'incapacité, pour cause de maladie, de participer de façon permanente à l'activité ou pour cause de déménagement. Peu importe, selon le nombre d'heures utilisées pour l'activité n'est pas complétée à plus de 25 %.