



Ville de Hampstead

Département des services communautaires

FORMULAIRE D'INSCRIPTION AU CAMP DE JOUR 2021

NOM DE FAMILLE DU CAMPEUR: _____ **PRÉNOM:** _____

NOM DE FAMILLE DU PARENT 1		PRÉNOM	
NOM DE FAMILLE DU PARENT 2		PRÉNOM	
ADRESS NO.	RUE	APPARTEMENT	
VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL	
No DE CELLULAIRE (PARENT 1):		No DE CELLULAIRE (PARENT 2):	
TEL. MAISON:		AUTRE NUMERO TEL:	
ADRESSE DE COURRIEL :			

<u>NAISSANCE</u>		<u>SEXE:</u>	<u>AGE:</u>	KASHER (encerclez une réponse) : oui non
ANNÉE:	MOIS:	JOUR: M F		

INFORMATION MÉDICALE

NUMÉRO CARTE D'ASSURANCE-MALADIE	DATE D'EXPIRATION
MÉDECIN DE L'ENFANT	TNo DE TÉLÉPHONE
ALLERGIES AUX MÉDICAMENTS (Veuillez préciser)	ALLERGIES ALIMENTAIRES (Veuillez préciser)
VOTRE ENFANT SOUFFRE-T-IL D'UN PROBLÈME DE NATURE PHYSIQUE OU ÉMOTIONNELLE QUE NOUS DEVRIONS CONNAÎTRE ?	

CONTACTS EN CAS D'URGENCE (AUTRES QUE LES PARENTS)

NOM	TÉL. AU TRAVAIL	TÉL. À LA MAISON
1.		
2.		

PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER MON ENFANT (AUTRES QUE LES PARENTS)

NOM	LIEN AVEC L'ENFANT	NUMÉRO(S) DE TÉL.
1.		
2.		

☺ **DEMANDE SPÉCIALE POUR ÊTRE AVEC UN AMI** (nous ferons de notre mieux pour respecter les demandes, mais nous ne pouvons garantir que ce sera possible). Nom de l'ami (e) : _____

☺ **NIVEAU DE NATATION:** _____

Renonciation pour l'utilisation des photographies prises durant les activités

J'autorise le service SCL à prendre des photographies durant les activités auxquelles je suis inscrit(e) ou auxquelles je participe. Il est entendu que ces photos pourront servir à des fins promotionnelles, sans aucune compensation.

Signature : _____



RENONCIATION - CONDITION DE PARTICIPATION À TOUT PROGRAMME DU SERVICE SCL

J'assume, par les présentes, tous les risques relatifs à l'activité à laquelle je m'inscris, qu'ils y soient inhérents ou prévisibles ou non, et je dégage, par les présentes, la Ville de Hampstead, ses employés, officiers, agents et travailleurs bénévoles (le tout ci-après appelé la Ville), de, et renonce à toute déclaration pour perte ou dommage à la personne ou à la propriété, advenu de quelque façon que ce soit, et je décharge complètement la Ville et la garantirai contre toute indemnisation en capital, intérêt et frais. Si je signe les présentes en ma capacité de parent ou de gardien, je consens, par les présentes, à indemniser et à garantir la Ville de Hampstead, ses employés et travailleurs bénévoles contre toute réclamation pour tout accident, blessure ou perte que je ou l'enfant mineur pour lequel je signe pourrait subir en participant à l'activité en question. La Ville de Hampstead, en aucun cas, n'est responsable de préjudices matériels ou, sans s'y limiter, de vols ou pertes d'objets par un participant ou par toute autre personne. De plus, il est entendu que toute information qui se révélerait fautive aurait pour effet d'annuler automatiquement l'inscription, sans aucun recours en vue d'un remboursement. Dans le cas d'une situation requérant une intervention médicale d'urgence, comme une ambulance, tous les coûts seront couverts par le participant. J'autorise, par les présentes, à mes frais, tout traitement médical dont mon enfant (s'il y a lieu) pourrait avoir besoin en cas d'urgence. Les personnes qui s'inscrivent sont fortement encouragées à se procurer leur propre assurance.

Reconnaissance de renonciation :

Signature du parent/gardien : _____ Date : _____

**CAMP DE JOUR / DAY CAMP 2021
SESSION SELECTION FORM/ FORMULAIRE DE SELECTION DE SESSION**

Nom de famille Enfant / Child's Family name: _____ Prénom Enfant / Child's First name: _____

√	SESSION	DATES	Junior Camp (Ages 5-11)	Senior Entertainment (Ages 8-11)	Senior Sports (Ages 8-11)
<input type="checkbox"/>	A	Du 28 juin au 9 juillet June 28 – July 9			
<input type="checkbox"/>	B	Du 12 juillet au 23 juillet July 12 – July 23			
<input type="checkbox"/>	C	Du 26 juillet au 6 aout July 26 – August 6			
<input type="checkbox"/>	D	Du 9 aout au 20 aout August 9 – August 20			

***Minimum inscription de 2 semaines / minimum 2-week registrations**

Nº de sessions / No. of sessions _____ x \$ _____ = \$ _____
 Payé au complet / Paid in full \$ _____

POLITIQUE DE REMBOURSEMENT : Les remboursements seront seulement considérés sur présentation d'une demande datée d'au plus tard le mercredi précédent le début de la semaine de camp de jour en question. Toute demande de remboursement sera sujette à des frais administratifs de 20% au prorata de la partie non-utilisée des frais. Veuillez prendre note qu'une fois qu'une semaine de camp a été entamée, elle est considérée comme étant utilisée, et ainsi n'est pas éligible à un remboursement. Aussi, toutes demandes faites après le mercredi précédent la semaine en question, sera considérée comme étant utilisée, et ainsi ne sera pas éligible à un remboursement.

Toutes demandes de remboursement pour des raisons médicales doivent être soumises par écrit, et requièrent une note valide du médecin. Si autorisé, le remboursement sera au prorata de la partie non-utilisée des frais et un 10% de frais administratifs sera applicable.

REFUND POLICY: Refunds will be only be considered upon receiving a written request, dated no later than the Wednesday prior to the start of the day camp week in question. All refund requests will be subject to a 20% administrative charge and will be pro-rated based on the unused portion of the fees. Please note that once a week of day camp has begun, it is considered to have been used, and is not eligible to be refunded. Also, any requests made after the Wednesday prior to the week in question, will be considered used, and therefore not eligible to be refunded.

Any refunds requested for medical reasons must be done in writing, and require a valid doctor's note. If granted, the refund will be pro-rated on the unused portion of the fee and a 10% administrative charge will be applied.

J'ai lu et compris la politique de remboursement du camp du jour et je comprends que la Ville de Hampstead et ses employés ne sont pas responsables pour les objets perdus ou volés.

I have read and understand the day camp refund policy. I also understand that The Town of Hampstead and its employees are not responsible for lost or stolen items.

Signature: _____

Date: _____

Diminué / Declined Même manière que 2019/ Same as 2019

Relevé 24 (Frais de garde d'enfant / Child care expense)
 Nom de la personne qui réclame l'enfant à sa charge / Name of person claiming child: _____
 Numéro d'assurance sociale / Social insurance number: _____