



Ville de Hampstead

Département des services communautaires

FORMULAIRE D'INSCRIPTION AU CAMP DE JOUR 2022

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 fausse 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 2022
PAYMENT FORM/ FORMULAIRE DE PAIEMENT**

Nom de famille / Family name: _____ Prénom / First name: _____

Nº de telephone / Phone Number: _____ Camp Group: _____

√	Semaine(s) Week(s)	DATES	Avant Camp 8h – 9h Before Care	Après Camp 16h – 17h30** After Care	MONTANT PAYÉ AMOUNT PAID	Commentaires Comments
<input type="checkbox"/>	A*	Du 27 juin au 30 juin June 27 – June 30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	
<input type="checkbox"/>	B	Du 4 juillet au 8 juillet July 4 – July 8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	
<input type="checkbox"/>	C	Du 11 juillet au 15 juillet July 11 – July 15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	
<input type="checkbox"/>	D	Du 18 juillet au 22 juillet July 18 – July 22	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	
<input type="checkbox"/>	E	Du 25 juillet au 29 juillet July 25 – July 29	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	
<input type="checkbox"/>	F	Du 1 août au 5 août August 1 - August 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	
<input type="checkbox"/>	G	Du 8 août au 12 août August 8 – August 12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	
<input type="checkbox"/>	H	Du 15 août au 19 août August 15 – August 19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	

*4 jours / 4 days

After Care Service: **20\$ de frais supplémentaires pour le premier 10 minutes après 17h30 et 1\$ par minute après / \$20 additional charge for the first 10 minutes after 17H30 and \$1 a minute thereafter.

Nº de semaines / No. of weeks _____ x \$ _____ = \$ _____
Payé au complet / Paid in full \$ _____
Payé en deux versements / Paid in two instalments \$ _____ + \$ _____ (15 mai, 2022 / May 15 2022)
<input type="checkbox"/> Autre enfants inscrit au camp de jour – Other children registered in day camp?

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 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: _____

<input type="checkbox"/> Diminué / Declined 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: _____
