

**FORMULAIRE D'INSCRIPTION CAMP D'ÉTÉ EN FRANÇAIS / SUMMER CAMP IN FRENCH REGISTRATION FORM**

REMETTRE CE FORMULAIRE ACCOMPAGNÉ DE VOTRE CHÈQUE À L'ORDRE DE LA : FPFTNL / PLEASE RETURN THIS FORM WITH YOUR CHEQUE MADE TO THE : FPFTNL - CENTRE DES GRANDS-VENTS 65 RIDGE ROAD SUITE 250 ST-JEAN A1B 4P5

ENFANT 1- NOM DE L'ENFANT / CHILD'S NAME			ENFANT 2 NOM DE L'ENFANT / CHILD'S NAME		
PRÉNOM/ FIRST NAME		NOM/ LAST NAME	PRÉNOM/ FIRST NAME		NOM/ LAST NAME
DATE DE NAISSANCE / BIRTH DAY			DATE DE NAISSANCE / BIRTH DAY		
Année / Year	Mois/ Month	Jour/ Day	Année / Yearndrier	Mois/ Month	Jour/ Day
NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE / HEALTH INSURANCE NUMBER (MP)			NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE / HEALTH INSURANCE NUMBER (MP)		
ADRESSE COMPLÈTE DE L'ENFANT /CHILDREN'S FULL ADDRESS					
NUMÉRO / MUNBER	RUE , ./ STREET,....	# APP./ # APP.	VILLE /CITY	CODE POSTAL/POSTAL CODE	PROVINCE
Est-ce que votre enfant a une maladie ou des besoins spéciaux que nous devrions connaître ? Does your child have any illnesses, conditions, or specials needs which we should know about ? EX: Asthme, Diabète, Allergies, etc. / Asthma, Diabetes, Allergies, etc. <b>VEUILLEZ NOTER QU'AUCUNE MÉDICATION NE SERA ADMINISTRÉE PAR LES ANIMATEURS / PLEASE NOTE THAT NO MEDICATION WILL BE ADMINISTERED BY THE EDUCATORS</b>			Est-ce que votre enfant a une maladie ou des besoins spéciaux que nous devrions connaître ? Does your child have any illnesses, conditions, or specials needs which we should know about ? EX: Asthme, Diabète, Allergies, etc. / Asthma, Diabetes, Allergies, etc. <b>VEUILLEZ NOTER QU'AUCUNE MÉDICATION NE SERA ADMINISTRÉE PAR LES ANIMATEURS / PLEASE NOTE THAT NO MEDICATION WILL BE ADMINISTERED BY THE EDUCATORS</b>		
OUI – NON / YES – NO			OUI – NON / YES - NO		
CONSENTEMENT DES PARENTS POUR LES SOINS D'URGENCE ET LE TRANSPORT PAR AMBULANCE/ CONSENT FOR EMERGENCY CARE AND TRANSPORTATION			CONSENTEMENT DES PARENTS POUR LES SOINS D'URGENCE ET LE TRANSPORT PAR AMBULANCE/ CONSENT FOR EMERGENCY CARE AND TRANSPORTATION		
Si une blessure ou la maladie survient et que le traitement médical est nécessaire, j'autorise la personne responsable de mon enfant à prendre les mesures d'urgence qu'elle juge nécessaire pour le bien-être de mon enfant. Je comprends que cela peut impliquer l'appel d'un médecin pour ses recommandations professionnelles et/ou l'utilisation d'une ambulance. Je comprends que cela peut être fait avant de me contacter et que tous les frais encourus en incluant les frais d'ambulance sont sous ma responsabilité			If due to such circumstances as injury or sudden illness, medical treatment is necessary, I authorize the child care service provider to take whatever emergency measures s/he deems necessary for the protection of this child while in her/his care. I understand that this may involve calling a physician, interpreting and carrying out his or her instructions, and transporting my child to a hospital, including the possible use of an ambulance. I understand that this may be done prior to contacting me, and that any expenses incurred for such treatment, including ambulance fees, is my responsibility.		
SIGNATURE DU PARENT / PARENT'S SIGNATURE			SIGNATURE DU PARENT / PARENT'S SIGNATURE		
CONSENTEMENT POUR PUBLICATION DE PHOTOS / PHOTO AUTHORIZATION			CONSENTEMENT POUR PUBLICATION DE PHOTOS / PHOTO AUTHORIZATION		
OUI/YES	NON/NO	TITRE / TITLE	OUI/YES	NON/NO	TITRE / TITLE
		MAGAZINE L'ÉLAN DES PARENTS /PARENTING WITH ELAN MAGAZINE			MAGAZINE L'ÉLAN DES PARENTS /PARENTING WITH ELAN MAGAZINE
		ASSEMBLÉE GÉNÉRALE FFTNL – ANNUAL GENERAL MEETING - FFTNL			ASSEMBLÉE GÉNÉRALE FFTNL – ANNUAL GENERAL MEETING - FFTNL
		PAGE FACEBOOK – FPFTNL + BROCHURES / FACEBOOK PAGE –FPFTNL + BROCHURES			PAGE FACEBOOK – FPFTNL + BROCHURES / FACEBOOK PAGE –FPFTNL + BROCHURES
		LE GABOTEUR + BROCHURES CSFP / THE GABOTEUR + CSFP BROCHURES			LE GABOTEUR + BROCHURES CSFP / THE GABOTEUR + CSFP BROCHURES
SIGNATURE DU PARENT / PARENT'S SIGNATURE			SIGNATURE DU PARENT / PARENT'S SIGNATURE		
PRÉNOM ET NOM DE LA MÈRE DU OU DES ENFANTS/ MOTHERS'S FIRST AND LAST NAME OF CHILDREN			PRÉNOM ET NOM DU PÈRE DU OU DES ENFANTS/ FATHER'S FIRST AND LAST NAME OF CHILDREN		
POUR URGENCE / FOR EMERGENCY					
POUR URGENCE - TÉLÉPHONE DE LA MÈRE/TUTRICE / FOR EMERGENCY - MOTHER'S TELEPHONE		POUR URGENCE - TÉLÉPHONE DU PÈRE/TUTEUR / FOR EMERGENCY – FATHER'S TELEPHONE		POUR URGENCE – AUTRE PERSONNE À CONTACTER / OTHER CONTACT PERSON IN AN EMERGENCY	(NOM ET PRÉNOM / FIRST & LAST NAME)
CELLULAIRE/CELLPHONE		CELLULAIRE/CELLPHONE		CELLULAIRE/CELLPHONE	
TRAVAIL / WORK		TRAVAIL / WORK		TRAVAIL / WORK	
COURRIEL/E-MAIL		COURRIEL/E-MAIL		COURRIEL/E-MAIL	
PERSONNES, AUTRE QUE LES PARENTS, AUTORISÉES À VENIR CHERCHER LES ENFANTS / EXCEPT FOR PARENTS, PERSONS AUTHORIZED TO PICK-UP THE CHILD					
NOM ET PRÉNOM/ FIRST AND LAST NAME		LIEN /RE LATIONSHIP	# DE TÉLÉPHONE MAISON – CELLULAIRE- AUTRES / # PHONE HOME – CELLPHONE -OTHERS		

JUIN/JUNE-JUILLET/JULY	LUNDI MONDAY	MARDI TUESDAY	MERCREDI WEDNESDAY	JEUDI THURSDAY	VENDREDI FRIDAY		\$	Enfant-Child-1	Enfant-Child-2	TOTAL 1+2
	30 juin 1 <sup>er</sup> jour First day	1 <sup>er</sup> juillet (fermé- closed) (Canada)	2	3	4	<input type="checkbox"/> Semaine - 4 jours – Week 4 days 120.\$	120			
						<input type="checkbox"/> Par journée individuelle -Individual day 30\$	30			
						<input type="checkbox"/> Par demi-journée –Half day AM 20\$	20			
						<input type="checkbox"/> par demi-journée –Half day PM 20\$	20			
	7	8	9	10	11	<input type="checkbox"/> Semaine - 5 jours - Week 5 days 150.\$	150			
						<input type="checkbox"/> Par journée individuelle -Individual day 30\$	30			
						<input type="checkbox"/> Par demi-journée –Half day AM 20\$	20			
						<input type="checkbox"/> par demi-journée –Half day PM 20\$	20			
	14	15	16	17	18	<input type="checkbox"/> Semaine - 5 jours - Week 5 days 150.\$	150			
					<input type="checkbox"/> Par journée individuelle -Individual day 30\$	30				
					<input type="checkbox"/> Par demi-journée –Half day AM 20\$	20				
					<input type="checkbox"/> par demi-journée –Half day PM 20\$	20				
21	22	23	24	25	<input type="checkbox"/> Semaine - 5 jours - Week 5 days 150.\$	150				
					<input type="checkbox"/> Par journée individuelle -Individual day 30\$	30				
					<input type="checkbox"/> Par demi-journée –Half day AM 20\$	20				
					<input type="checkbox"/> par demi-journée –Half day PM 20\$	20				
28	29	30	31	1 <sup>ER</sup> août	<input type="checkbox"/> Semaine - 5 jours - Week 5 days 150.\$	150				
					<input type="checkbox"/> Par journée individuelle -Individual day 30\$	30				
					<input type="checkbox"/> Par demi-journée –Half day AM 20\$	20				
					<input type="checkbox"/> par demi-journée –Half day PM 20\$	20				

TOTAL A : JUIN-JUILLET/JUNE-JULY : \_\_\_\_\_

AOÛT / AUGUST	LUNDI MONDAY	MARDI TUESDAY	MERCREDI WEDNESDAY	JEUDI THURSDAY	VENDREDI FRIDAY		\$	Enfant-Child-1	Enfant-Child-2	TOTAL 1+2
	4	5	6 (fermé- closed) (Ragata Day)	7	8	<input type="checkbox"/> Semaine - 4 jours – Week 4 days 120.\$	120			
						<input type="checkbox"/> Par journée individuelle -Individual day 30\$	30			
						<input type="checkbox"/> Par demi-journée –Half day AM 20\$	20			
						<input type="checkbox"/> par demi-journée –Half day PM 20\$	20			
	11	12	13	14	15	<input type="checkbox"/> Semaine - 5 jours - Week 5 days 150.\$	150			
						<input type="checkbox"/> Par journée individuelle -Individual day 30\$	30			
						<input type="checkbox"/> Par demi-journée –Half day AM 20\$	20			
						<input type="checkbox"/> par demi-journée –Half day PM 20\$	20			
	18	19	20	21	22	<input type="checkbox"/> Semaine - 5 jours - Week 5 days 150.\$	150			
					<input type="checkbox"/> Par journée individuelle -Individual day 30\$	30				
					<input type="checkbox"/> Par demi-journée –Half day AM 20\$	20				
					<input type="checkbox"/> par demi-journée –Half day PM 20\$	20				
25	26	27	28	29 Dernier jour Last day	<input type="checkbox"/> Semaine - 5 jours - Week 5 days 150.\$	150				
					<input type="checkbox"/> Par journée individuelle -Individual day 30\$	30				
					<input type="checkbox"/> Par demi-journée –Half day AM 20\$	20				
					<input type="checkbox"/> par demi-journée –Half day PM 20\$	20				

TOTAL B : AOÛT/AUGUST : \_\_\_\_\_ TOTAL A+B : \_\_\_\_\_

Chèque / Check #	ou Argent/Cash	1 <sup>er</sup> versement	(-) 25% du total payable lors de l'inscription (-) 25% must be paid when remitting the registration form	(-)	Solde/Balance
Chèque / Check #	ou Argent/Cash	2 <sup>eme</sup> versement	(-) 25% du solde à payer payable à la première semaine de service à l'enfant (-) 25% must be paid on the first week of service to the child	(-)	Solde/Balance
Chèque / Check #	ou Argent/Cash	3 <sup>eme</sup> versement	(-) 50 % payable <u>au plus tard 2 semaines</u> avant la fin du service à l'enfant (-) 50 % must be paid no <u>later than two weeks</u> before the end of the service provide to the child	(-)	Solde/Balance
			<b>Solde / Balance</b>		