



FICHE MÉDICALE

| | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|---------------------|-------------------------|
| Nom de l'élève | Date de naissance | M | F |
| | | Sexe | |
| Nom des parents/du tuteur de l'élève | Nom des parents/du tuteur de l'élève | | |
| () | () | () | () |
| Téléphone personnel | Téléphone professionnel | Téléphone personnel | Téléphone professionnel |
| Adresse | Adresse | | |
| Code postal Ville | Code postal Ville | | |
| Courriel (pour reçu d'impôt) | | | |

Renseignements médicaux

Numéro carte d'assurance maladie

Allergies / Médicaments / Antécédents médicaux

Je, soussigné(e), responsable de l'enfant, autorise à prendre toutes mesures (transport en ambulance, traitements médicaux, hospitalisations, radios, analyses, anesthésies, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, si aucune des personnes à contacter ne peut être jointe en cas d'urgence. J'autorise le personnel à administrer à mon enfant en cas de besoin un ou plusieurs des médicaments ci-après: Acétaminophène (Tylenol, Tempra, etc.) Sirop contre la toux (Benylin, etc.)
 Anti-inflammatoire (Advil) Antihistaminique qui agit contre les allergies (Bénadryl, Claritin, Réactine, etc.)
 Antiémétique (Gravol) Antibiotique en crème (Polysporin, Baciguent, etc.)

Signature des parents/du tuteur de l'enfant

Date

Je dégage École d'équitation De Villers et les organisateurs/accompagnateurs de toute responsabilité en cas d'accident pouvant survenir au cours des activités, sous réserve que les procédures de sécurité normales aient été respectées.

Signature des parents/du tuteur de l'élève

Date

Référé par: (C'est très important pour nous)

Déjà venu(e) Moteur de recherche Kijiji Poneyxpress Canada hippique
Bouche à oreille Boutique équestre FEQ Lespac Pages jaunes
Autre _____

Photo:

Étant donné que l'école d'équitation De Villers pourrait pendre des photos ou filmer les diverses activités de l'école en général et du participant en particulier et qu'elle pourrait se servir de ce matériel à des fins promotionnelles, je l'autorise à utiliser ce matériel à ces fins.

Nom: _____

Date: _____

INSCRIPTION CAMP DE JOUR 2018

Expérience équestre :

Selle classique: aucune pas trot galop saut compétition
 Selle western : aucune pas trot galop saut compétition

| Date et frais - Camp de jour : Indiquer d'un « X » la ou les périodes désirées | | | | |
|---|-----------|----------|----------|-----------|
| Arrivée à 9h00 - Départ à 16h00 *Apportez votre dîner et collation | | | | |
| Dates | Coûts | TPS | TVQ | TOTAL |
| <input type="checkbox"/> 9 au 13 juillet | 287,02 \$ | 14,35 \$ | 28,63 \$ | 330,00 \$ |
| <input type="checkbox"/> 23 au 27 juillet | 260,93 \$ | 13,05 \$ | 26,03 \$ | 330,00 \$ |
| <input type="checkbox"/> 6 au 10 août | 260,93 \$ | 13,05 \$ | 26,03 \$ | 330,00 \$ |
| <input type="checkbox"/> 13 août au 17 août *** Avancé seulement | 313,11 \$ | 15,66 \$ | 31,23 \$ | 360,00 \$ |
| <input type="checkbox"/> À la journée | 65,23 \$ | 3,26 \$ | 6,51 \$ | 75,00 \$ |

Service de garde (10,00 \$ par journée) disponible 1 heure avant et après le camp de jour

* Veuillez encerclez les journées dont vous avez besoin.

Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi

Paiement:

- Je déboursrai le montant de 150,00 \$ lors de mon inscription (non remboursable), déductible du montant total
- Je paierai le deuxième versement au plus tard le 1^{er} mai 2017
- Je ne serai pas remboursé si mon enfant quitte le camp pour toute autre raison que celle de maladie certifiée par un médecin, dans ce cas, je serai remboursé pour les journées complètes non séjourné au camp
- Le(s) chèque(s) devront être fait au nom suivant: Marie-Pier De Villers et posté à cette adresse:
8322, rue de l'avoine, Mirabel, J7N 0B3

Signature du parent: _____

Date: _____

Réservé à l'administration:

| Date | Coût | Montant reçu | Solde à payer |
|------|------|--------------|---------------|
| | | | |
| | | | |