



CAMP DE JOUR  
**EVOLUTION**  
DAY CAMP



---

**FORMULAIRE D'INSCRIPTION / REGISTRATION FORM**

Prenom d'Enfant / Child's Name: \_\_\_\_\_

Nom d'Enfant / Child's Family Name: \_\_\_\_\_

Sexe / Sex: \_\_\_\_\_

Date de Naissance (jour/mois/année) / Date of Birth (day/month/year): \_\_\_\_\_

Cellulaire d'Enfant / Child's Cellular: \_\_\_\_\_

Courriel d'Enfant / Child's Email: \_\_\_\_\_

Telephone Maison / Home Phone: \_\_\_\_\_

Adresse / Address: \_\_\_\_\_

Ville / City: \_\_\_\_\_

Code Postale / Postal Code: \_\_\_\_\_

École / School: \_\_\_\_\_

Niveau / Level: \_\_\_\_\_

**Gardien 1 / Guardian 1:**

**Gardien 2 / Guardian 2:**

Nom de Parent / Parent's Name: \_\_\_\_\_

Téléphone Bureau / Telephone Work: \_\_\_\_\_

Cellulaire Parent(e) / Parent Cellular: \_\_\_\_\_

Courriel Parent(e) / Parent email: \_\_\_\_\_

**En Cas d'Urgence / In Case of Emergency:**

Rélation / Relation: \_\_\_\_\_

Nom / Name: \_\_\_\_\_

Téléphone / Telephone: \_\_\_\_\_

Cellulaire / Cellular: \_\_\_\_\_

# Assurance Maladie / Medicare #: \_\_\_\_\_

Date d'Expiration / Expiry Date: \_\_\_\_\_

Condition(s) Médicale ou Allergies / Medical Condition(s) or Allergies: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

**Sessions:**

Choisissez les dates auxquelles vous souhaitez que votre enfant participe.

Choose the dates that you want your child to attend.

29 Juin-3 Juillet / June 26-July 3:

20-24 Juillet / July 20-24:

6-10 Juillet / July 6-10:

27-31 Juillet / July 27-31:

13-17 Juillet / July 13-17:

---

**Taille / Size:**

T-Shirt:

Shorts:

---

**Consentement**

En inscrivant mon enfant au Camp de Jour Évolution, je, sousigné(e), consent a ce qu'il participe a la gamme complet des activités prévues au programme et sorties, et a ce que l'entreneur ou son assistant, dans l'éventualité d'un accident ou d'une maladie, autorise en mon nom toutes les procedures, y compris le transport et l'admission de mon enfant à l'hôpital et l'administration de toutes traitements, qu'il juge essentiels pour la sante et le bien-être de l'enfant sus mentionné. De telles mesures ne doivent être prises que s'il est impossible de rejoindre immediatement le soussigné. J'ai lu et je comprends et j'accepte les conditions de paiement et la politique de remboursement. Je me suis renseigné(e) sur la nature des risques et je les accepte, ainsi que l'exonération complete de Zone Basketball Academy de toutes responsabilité concernant tous risques.

**\* Toutes les photos seront utilisées pour les buts promotionnels.**

**Consent**

In registering my child to Evolution Day Camp, I the undersigned, permit my child to participate in the full range of activities, including outings. I authorize the coach and his assistant, in the event of accident or illness affecting the above-named child, to authorize on my behalf all procedures, including transportation and admission to hospital and necessary treatment therein, as deemed essential for the the care and well being of said child. Such action is taken only when immediate contact with the undersigned cannot be made. I have read and understand and agree to the conditions of payment and policies. I acknowledge that the service contracted may have certain risks. I am aware of any risks and accept these risks and completely exonerate Zone Basketball Academy and its partners from any responsibilities regarding all risks.

**\* All photographs will be used for promotional purposes.**

Des frais d'administration de 20% et la participation aux entraînements et matchs seront déduits du montant payé si l'inscription est annulée.

Administration fee of 20% and attendance of practices and games will be taken off the amount paid if registration is cancelled.

qybl.ca

---

Nom de parent / Parent Name

---

Ville de Signature / City of Signature



---

Signature de Parent / Parent Signature

---

Date de Signature / Date of Signature