

Activité	Coût	Total
CAMP DE RELÂCHE 160\$ - Semaine complète 5 jours 40\$/jour X # de jours (cochez les jours dans le tableau ci-dessus)		
Dîner		
Service de Garde		

FRAIS TOTAUX _____ (Veuillez noter: les frais doivent être payés lors de l'inscription)

-CARTE DE CRÉDIT # DE CARTE _____ EXPIRATION (MM/YY) _____

-SI VOUS PAYEZ PAR CHÈQUE NOM SUR LE CHÈQUE _____ # de CHÈQUE _____

-SI VOUS PAYEZ AVEC ARGENT COMPTANT MONTANT _____ Date _____

NUMÉROS IMPORTANTS			
Nom de la mère	No Téléphone (maison)	No Téléphone (travail)	No Téléphone (cellulaire)
Nom du père	No Téléphone (maison)	No Téléphone (travail)	No Téléphone (cellulaire)
Autre contact d'urgence	No Téléphone (maison)	No Téléphone (travail)	No Téléphone (cellulaire)

Informations Médicales	
Numéro D'Assurance Maladie _____	Date exp. _____
SVP indiquez toutes les informations médicales pertinentes concernant votre enfant (ex : Allergies)	
<small>Notez Bien: Nous présumons que les parents sont au courant des habiletés de participation de sports et d'activités récréatives de leurs enfants. Nous vous prions de consulter un médecin au besoin.</small>	

Conditions Générales
<p>Les paiements peuvent être faits par argent comptant, chèque, Interac, ou carte de crédit. Enfant et Compagnie ne remboursera aucun frais au lieu d'une absence de journée dès que le camp ait débuté.</p> <p>JURIDIQUE Enfant et Compagnie, ses employés et son administration ne sont aucunement responsables pour toute déclaration de perte et de propriétés endommagées, peu importe la cause, ou pour n'importe personne ou groupe de personnes survenu directement ou indirectement par la participation d'un enfant au camp de jour. Je donne la permission au Camp de Jour Enfant et Compagnie de prendre des photographies de mon enfant durant son séjour au camp et lors de ses activités. Je suis conscient/e de la juridique et du type de camp de jour dont j'inscris mon enfant.</p> <p>Signature du parent: _____ Date : _____</p> <p>Adresse de Courriel: _____</p>

Ceci est à remplir pour recevoir un reçu d'impôt – Relevé 24

No. d'Assurance Sociale de l'individu ayant fourni le paiement _____			
Nom: _____		Prénom _____	
Adresse: _____			
Adresse	Rue	Ville	Code Postale

*****SVP imprimer bien votre adresse courriel et information d'impôt pour recevoir le Relevé 24. Si le formulaire n'est pas remplie ou lisible, nous ne vous contacterons pas pour les informations.*****

INSCRIPTION:

PAR LA POSTE (siège sociale: 4687 Lavoisier, St. Léonard, H1R 3E9),

PAR COURRIEL (scannez et envoyez le document à info@enfantetcompagnie.com),

EN PERSONNE (4687 Lavoisier, St. Léonard, H1R 3E9)

www.enfantetcompagnie.com 514-327-8484