



# ACADÉMIE CULTURELLE DE LAVAL

École d'enseignement préscolaire et primaire

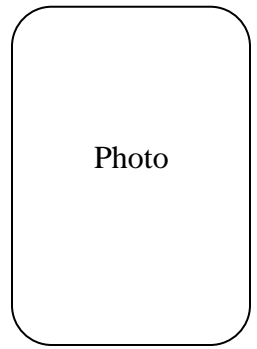
1075, rue St-Louis, Laval (Québec) H7V 2Z1

Tél.: (450) 681-9797 - Fax :(450) 681-9710

www.ecoleacl.com

**Camp du jour**  
**Été 2017**

Photo



PARTICIPANT							
Nom :		Prénom :		Âge :		Sexe : F ( ) M ( )	
Date de naissance de l'enfant : / /			NAM :		Date d'expiration :		
Nom et prénom du père :			Tel. Cell		Travail		
Courrier Électronique :			Occupation:				
Nom et prénom de la mère :			Tel. Cell		Travail		
Courrier Électronique :			Occupation:				
Adresse postale :							
Ville :		Code postal :			Tel. résidence :		
CONTACT EN CAS D'URGENCE							
Personne à contacter en cas d'urgence ( <i>autre que les parents ou le tuteur</i> )							
Lien avec l'enfant :					Téléphone à domicile :		
Téléphone au travail :				Téléphone cellulaire :			
PERMISSION DE DÉPART							
J'autorise mon enfant à quitter le camp seul : à pied <input type="checkbox"/> en transport commun <input type="checkbox"/>							
Ou en compagnie de : Nom : _____ Lien de parenté : _____							
Nom : _____ Lien de parenté : _____							
AUTORISATION PARENTALE							
<b>Publication de photos</b>							
En signant la présente, j'autorise l'Académie Culturelle de Laval à utiliser à des fins promotionnelles dans diverses publications des photos ou des films où figure mon enfant, lesquels seront réalisés lors du camp du jour.							
<b>Autorisation de sorties</b>							
En signant la présente, j'autorise mon enfant à participer aux différentes sorties organisées par l'Académie Culturelle de Laval.							
Signature du parent ou tuteur : _____, Date : _____							

## ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Votre enfant est-il atteint de maladies chroniques ou récurrentes : OUI  NON  Si oui, préciser : \_\_\_\_\_

Est-il atteint des affections suivantes :	Asthme :	OUI	NON
	Hernies :	OUI	NON
	Épilepsie :	OUI	NON
	Diabète :	OUI	NON
	Autre :	OUI	NON

Si vous avez coché oui à l'une de ces questions, veuillez fournir plus d'informations (médication, spécificités, etc.) :

**\*\*\* VEUILLEZ NOTER QUE, POUR ADMINISTRER DE LA MÉDICATION, NOUS DEVONS AVOIR L'ORDONNANCE DE VOTRE ENFANT \*\*\***

## ALLERGIES

Votre enfant a-t-il des allergies? OUI  NON  Si oui, veuillez préciser :

Allergie : \_\_\_\_\_ Médication : \_\_\_\_\_

Allergie : \_\_\_\_\_ Médication : \_\_\_\_\_

Allergie : \_\_\_\_\_ Médication : \_\_\_\_\_

Votre enfant possède-t-il un dispositif d'adrénaline (EPI Pen ou ANAKIT) pour le traitement des allergies? **OUI NON**

Si oui, qui est autorisé à conserver et à administrer ce médicament et quelle est la posologie?

L'enfant lui-même  Moniteur de l'enfant  Autre, précisez : \_\_\_\_\_ Posologie : \_\_\_\_\_

### Premiers Soins

En signant la présente, j'autorise la direction de l'Académie Culturelle de Laval à prodiguer tous les soins infirmiers nécessaires. Si la direction le juge nécessaire, je l'autorise également à transporter mon enfant, par ambulance ou autrement, dans un établissement hospitalier ou une clinique.

**Signature du parent ou du tuteur :** \_\_\_\_\_ **Date :** \_\_\_\_\_

**Sondage rapide :** Comment avez-vous entendu parler de notre camp de jour?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Élève ACL                      | <input type="checkbox"/> Journal                            |
| <input type="checkbox"/> Élève An-Nour                  | <input type="checkbox"/> Moteur de recherche (Google, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Amis                           | <input type="checkbox"/> Site web                           |
| <input type="checkbox"/> Affiche, feuillet promotionnel | <input type="checkbox"/> Autre : .....                      |

## RÈGLEMENTS DU CAMP DE JOUR

En signant la présente, je, soussigné(e), ..... atteste par la présente avoir pris connaissance des règlements et je m'engage à m'y conformer. Je m'engage également à veiller à ce que mon enfant s'y conforme.

**Signature du parent ou tuteur :** \_\_\_\_\_ **Signature de l'enfant :** \_\_\_\_\_ **Date :** \_\_\_\_\_



# ACADÉMIE CULTURELLE DE LAVAL

École d'enseignement préscolaire et primaire

1075, rue St-Louis, Laval (Québec) H7V 2Z1  
Tél.: (450) 681-9797 - Fax : (450) 681-9710

**VERT**

**BLEU**

## Camp du jour Été 2017

Nom et prénom de l'enfant: \_\_\_\_\_,

2<sup>ème</sup> enfant : \_\_\_\_\_

3<sup>ème</sup> enfant : \_\_\_\_\_,

4<sup>ème</sup> enfant: \_\_\_\_\_

Nom du répondant : \_\_\_\_\_,

Tél : \_\_\_\_\_

Date	Montant	Chèque		Cash	T-Shirt	Repas	Total		Commentaires
		No Check	No reçu	No reçu					

**Choix des jours d'occupation:** Veuillez encercler les jours d'occupation

Juin 2017						
D	L	M	M	J	V	S
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	

Juillet 2017						
D	L	M	M	J	V	S
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29

Juillet/Août 2017						
D	L	M	M	J	V	S
30	31	1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		

**Choix des jours de repas:** Veuillez encercler les jours de repas

Juin 2017						
D	L	M	M	J	V	S
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	

Juillet 2017						
D	L	M	M	J	V	S
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23/30	24	25	26	27	28	29

Juillet/Août 2017						
D	L	M	M	J	V	S
	31	1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		

Zone grise : Le CDJ Été 2017 est fermé.  
Zone hachuré : La cafétéria du CDJ Été 2017 est fermée.  
1 jour de congé pour Eid Al-Fitr (date à préciser).



## ACADÉMIE CULTURELLE DE LAVAL

École d'enseignement préscolaire et primaire

1075, rue St-Louis, Laval (Québec) H7V 2Z1

Tél.: (450) 681-9797 - Fax : (450) 681-9710

### *Camp du jour Été 2017*

#### **PAYEUR PRINCIPAL:**

**Veillez identifier le payeur principal : Père ( ) Mère ( ). Pour obtenir un reçu aux fins de l'impôt, veuillez inscrire votre numéro d'assurance sociale. Le reçu sera émis au nom du payeur principal. Aucune modification ne pourra être faite.**

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

Adresse (si différente de celle de l'enfant): \_\_\_\_\_

Code Postal: \_\_\_\_\_ NAS: \_\_\_\_\_

Courriel

#### **Modalités de paiement:**

- Comptant ou chèque.
- Chèque postdaté à l'ordre de l'école ACL

#### **REMBOURSEMENT ET ANNULATION**

- \* Aucun remboursement ne sera effectué sauf sur présentation d'un certificat médical. Cependant, une retenue de 15% sera effectuée.
- \* Aucun remboursement pour une sortie manquée.
- \* Aucun remboursement ne sera effectué avant la fin du camp du jour.

Fait à Laval, le: \_\_\_\_\_.

Signature du parent ou tuteur : \_\_\_\_\_ Signature de la direction : \_\_\_\_\_