

INFORMATIONS GÉNÉRALES

1^{er} parent <input type="checkbox"/> Décédé	2^e parent <input type="checkbox"/> Décédé
Nom, prénom _____	Nom, prénom : _____
No _____ Rue _____ App. _____	No _____ Rue _____ App. _____
Ville : _____ Code postal : _____	Ville : _____ Code postal : _____
Pays : _____	Pays : _____
Tél. portable _____ Tél. autre : _____	Tél. portable : _____ Tél. autre : _____
Courriel : _____ @ _____	Courriel : _____ @ _____

Numéro d'assurance sociale: _____

Lien avec l'enfant:

Cette information est nécessaire afin de compléter les relevés 24. Vous devez fournir le numéro d'assurance sociale du parent responsable du paiement. Sans celui-ci, aucun relevé 24 vous sera acheminé.

Contact en cas d'urgence

Nom, prénom : _____ Tél. portable: _____

Lien avec l'élève : _____ Autre numéro : _____

Identification de l'enfant 1

Nom de famille : _____ Prénom : _____

Date naissance: _____ Femme Garçon Non-binaire

Pays de naissance : _____

Niveau de langue anglaise :

Langue maternelle : _____

Débutant

Intermédiaire

Autres langues parlées : _____

Avancé

Grandeur du chandail: _____

Identification de l'enfant 2

Nom de famille : _____ Prénom : _____

Date naissance: _____ Fille Garçon Non-binaire

Pays de naissance : _____

Niveau de langue anglaise :

Langue maternelle : _____

Débutant
Intermédiaire

Autres langues parlées : _____

Avancé

Grandeur du chandail: _____

Identification de l'enfant 3

Nom de famille : _____ Prénom : _____

Date naissance: _____ Fille Garçon Non-binaire

Pays de naissance : _____

Niveau de langue anglaise :

Langue maternelle : _____

Débutant
Intermédiaire

Autres langues parlées : _____

Avancé

Grandeur du chandail: _____

Comment avez-vous entendu parler de nous?

- Notre site Web - www.cnda.qc.ca
- Table d'exposition
- Brochure/Publication
- Membre du personnel
- Famille ou Ami
- Autre : _____

FICHE DE SANTÉ:

Renseignements généraux

Nom : _____ Prénom : _____
Assurance maladie: _____ Exp. : _____

Information relative à la santé de l'élève *e qo r r? v g/ " g v' e q e j g l " u) k i l { " c " h g w +

Allergies

Allergies sévères ou alimentaires Précisez : _____
Réaction: _____

Autres allergies : _____

ÉpiPen : OUI NON

Autres troubles de santé

Veillez sélectionner le/les diagnostics de votre enfant s'il y a lieu

Médicaments pris régulièrement : Lesquels : _____

État psychologique

Est-ce que votre enfant est ou a déjà été suivi par une personne spécialisée en psychologie, en psychiatrie, en travail social ou autre? OUI NON

En quelle année? _____

Profession du spécialiste : _____

Consentements

J'autorise les responsables du camp d'anglais à diffuser, pour des raisons de sécurité, à tout le personnel du camp les informations ci-jointes et en cas d'urgence, à prendre les mesures nécessaires, à dispenser les premiers soins et à veiller au transport de mon/mes enfants jusqu'au lieu de traitement, si cela s'avère nécessaire.	
J'autorise les membres du personnel du camp à photographier mon/mes enfants dans le cadre des activités d'exposer et/ou publier ces photos, que ce soit dans les dépliants promotionnel, le site internet, les journaux ou dans les différentes publicités.	
J'autorise mon enfant à participer aux sorties offertes et à se déplacer à l'extérieur du camp d'anglais et ce, pour toute la durée du camp.	
J'ai pris connaissance du document: <i>GUIDE</i> disponible sur le site internet du collège et j'accepte son contenu.	

FICHE DE SANTÉ:

Renseignements généraux

Nom : _____ Prénom : _____
Assurance maladie: _____ Exp. : _____

Information relative à la santé de l'élève *eqo r rî vg/ "gv'ecej gl "u)krl" "c "hgw+

Allergies

Allergies sévères ou alimentaires Précisez : _____
Réaction: _____

Autres allergies : _____

ÉpiPen : OUI NON

Autres troubles de santé

Veillez sélectionner le/les diagnostics de votre enfant s'il y a lieu

Médicaments pris régulièrement : Lesquels : _____

État psychologique

Est-ce que votre enfant est ou a déjà été suivi par une personne spécialisée en psychologie, en psychiatrie, en travail social ou autre? OUI NON

En quelle année? _____

Profession du spécialiste : _____

<u>Consentements</u>	
J'autorise les responsables du camp d'anglais à diffuser, pour des raisons de sécurité, à tout le personnel du camp les informations ci-jointes et en cas d'urgence, à prendre les mesures nécessaires, à dispenser les premiers soins et à veiller au transport de mon/mes enfants jusqu'au lieu de traitement, si cela s'avère nécessaire.	
J'autorise les membres du personnel du camp à photographier mon/mes enfants dans le cadre des activités d'exposer et/ou publier ces photos, que ce soit dans les dépliants promotionnel, le site internet, les journaux ou dans les différentes publicités.	
J'autorise mon enfant à participer aux sorties offertes et à se déplacer à l'extérieur du camp d'anglais et ce, pour toute la durée du camp.	
J'ai pris connaissance du document: <i>GUIDE</i> disponible sur le site internet du collège et j'accepte son contenu.	

FICHE DE SANTÉ:

Renseignements généraux

Nom : _____ Prénom : _____
Assurance maladie: _____ Exp. : _____

Information relative à la santé de l'élève *eqo r r? vg/ "gv'eqej gl "u)kl'f "c "hgw+

Allergies

Allergies sévères ou alimentaires Précisez : _____
Réaction: _____

Autres allergies : _____

ÉpiPen : OUI NON

Autres troubles de santé

Veillez sélectionner le/les diagnostics de votre enfant s'il y a lieu

Médicaments pris régulièrement : Lesquels : _____

État psychologique

Est-ce que votre enfant est ou a déjà été suivi par une personne spécialisée en psychologie, en psychiatrie, en travail social ou autre? OUI NON

En quelle année? _____

Profession du spécialiste : _____

<u>Consentements</u>	
J'autorise les responsables du camp d'anglais à diffuser, pour des raisons de sécurité, à tout le personnel du camp les informations ci-jointes et en cas d'urgence, à prendre les mesures nécessaires, à dispenser les premiers soins et à veiller au transport de mon/mes enfants jusqu'au lieu de traitement, si cela s'avère nécessaire.	
J'autorise les membres du personnel du camp à photographier mon/mes enfants dans le cadre des activités d'exposer et/ou publier ces photos, que ce soit dans les dépliants promotionnel, le site internet, les journaux ou dans les différentes publicités.	
J'autorise mon enfant à participer aux sorties offertes et à se déplacer à l'extérieur du camp d'anglais et ce, pour toute la durée du camp.	
J'ai pris connaissance du document: <i>GUIDE</i> disponible sur le site internet du collège et j'accepte son contenu.	

TYPE D'INSCRIPTION

Veuillez cocher l'inscription désirée	Tarifs	Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3
<p>3 semaines - externes Ce prix inclut les cours, l'accompagnement par des éducateur.trices-enseignant.es et des éducateur.trices, les activités, le dîner et les collations.</p>	825\$			
<p>3 semaines – 5 jours Ce prix inclut le logement du lundi au vendredi, les cours, l'accompagnement par des éducateur.trices-enseignant.es et des éducateur.trices, les activités, les repas et les collations.</p>	1 725\$			
<p>1 semaine – externe Veuillez indiquer la ou les semaine(s) désirée(s) : _____</p>	300\$			
<p>1 semaine – 5 jours Veuillez indiquer la ou les semaine(s) désirée(s) : _____</p>	650\$			
Sous-total				
Profils				
Dans l'horaire de chaque élève 2 blocs seront ajoutés du profil de son choix (ceux-ci sont offerts gratuitement).				

Espace réservé à l'administration	
Ajout(s)	Frais

<u>Informations additionnelles</u>
Veuillez nous indiquer si vous avez des informations additionnelles à nous transmettre concernant l'inscription de votre/vos enfant(s).

PAIEMENT

Paie ment

Le paiement doit se faire par virement bancaire selon les modalités suivantes :

2 paiements égaux par retrait préautorisé (Vous devez remplir le formulaire ci-bas)

1^{er} paiement : 1^{er} avril

2^e paiement : 1^{er} juin

Prendre note que l'inscription de votre enfant est non-remboursable.

<u>Frais d'inscription</u>			
Enfant 1			
Enfant 2			
Enfant 3			
Sous-total		Paiement 1: 1er avril 2023	
		Paiement 2: 1er juin 2023	

Veillez faire parvenir votre formulaire d'inscription complété à Mme Mélina Boudreault. Un courriel de confirmation vous sera envoyé sur réception.

ADHÉSION AU RETRAIT DIRECT
Summer camp 2023

Identification du ou des titulaires du compte

Nom et prénom des titulaires du compte:

Nom du 1^{er} enfant : _____

Nom du 2^e enfant : _____

Nom du 3^e enfant: _____

Institution bancaire -Transit- Compte no: _____

Autorisation de retrait

Je, soussigné(e), (s'il s'agit d'une personne morale, ici représentée par son ou ses représentants dûment autorisé[s]), autorise le CNDA à effectuer des retraits dans mon compte détenu à l'institution financière à la fréquence suivante:

2 retraits égaux*

1er avril 2023 au montant de: _____

1er juin 2023 au montant de: _____

Consentement à la communication de renseignements

Je consens à ce que les renseignements contenus dans ma demande d'adhésion au retrait direct soit communiqués à l'institution financière, dans la mesure où cette communication de renseignements est directement reliée et nécessaire à la bonne mise en œuvre des règles applicables en matière de débits préautorisés.

X _____
Signature du 1^{er} titulaire du compte Date

X _____
Signature du 2^e titulaire du compte Date

JOINDRE UN SPÉCIMEN CHÈQUE