



Municipalité du Village
d'Ayer's Cliff
958, rue Main
Ayer's Cliff QC JOB 1C0

Tél. : (819) 838-5006
Fax : (819) 838-4411

Inscription - Camp de jour Registration - Day Camp 2010

Identification 1 fiche par enfant/ 1 document per child

Prénom/Surname :		Nom/Name :	
Date naissance/Date of Birth: j/m/a - d/m/year	Adresse/Address :		
Âge/Age :	Code postal /Postal Code:		
Père/Father :		Mère/Mother :	
Adresse du père / Address of the father :		Adresse de la mère / Address of the mother:	
Code postal/Postal Code :		Code postal/Postal Code :	
Tel.: residence		Tel.: residence	
Tel.: travail/work		Tel.: travail/work	
Personne à rejoindre en cas d'urgence (autre que les parents) Who to call in case of emergency (other than parents) Nom/Name:		Numéro d'assurance maladie de l'enfant : Health Card Number :	
Tél. : residence		Numéro d'assurance sociale du parent payeur (pour relevé 24): Social insurance number of paying parent (for receipt):	
Tél. : travail/work			
		Nom du parent payeur (pour relevé 24): Name of paying parent (for receipt):	

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant (nous laisserons partir votre enfant uniquement avec les personnes énumérées dans cette liste) :

Persons authorized to pick up child (we will let your child leave only with the people enumerated in this list):

Afin de vous transmettre rapidement certaines informations ou changements **la meilleure** façon de vous contacter est :

If we want to inform you rapidly for some information or changes **the best** way to contact you is:

- Adresse courriel / E-mail : _____
 Télécopieur / Fax : _____
 Poste / Mail : _____

J'autorise la Municipalité d'Ayer's Cliff à faire paraître sur son site web des photos prises lors d'activités du camp de jour sur lesquelles mon(mes) enfant(s) peut(peuvent) apparaître.

I authorise the Municipality of Ayer's Cliff to put on its website some pictures taken during some activities held during the summer day camp on which my child(ren) could be visible.

OUI / YES NON / NO

Signature: _____ Date: _____

La Municipalité se réserve le droit de refuser l'inscription / The Municipality reserves the right to refuse any registration



**Municipalité du Village
d'Ayer's Cliff
958, rue Main
Ayer's Cliff QC J0B 1C0**

**Tél. : (819) 838-5006
Fax : (819) 838-4411**

**Fiche médicale - Camp de jour
Medical form- Day Camp
2010**

Enfant / Child

Nom/Name : _____ Prénom/ Surname : _____

No. d'assurance maladie / Health card Number : _____

**Identifier les démarches que vous voulez que le camp de jour entreprenne en cas d'urgence. /
In case of an emergency, what approach would you like the day camp take .**

**Est-ce que votre enfant souffre de problèmes particuliers?/
Does your child suffer from any particular problem?:**

Troubles / Problems:	Cardiaque/ Cardiac	<input type="checkbox"/>	Auditifs/ Hearing	<input type="checkbox"/>
	Visuel/ Vision	<input type="checkbox"/>	Moteur/ Motor deficiencies	<input type="checkbox"/>
	Langage/ Language	<input type="checkbox"/>	Asthme/Asthma	<input type="checkbox"/>
	Diabète / Diabetes	<input type="checkbox"/>	Épilepsie/Epilepsy	<input type="checkbox"/>
	Eczéma / Eczema	<input type="checkbox"/>	Intolérance/Intolerance	<input type="checkbox"/>

Allergie lesquelles/ Allergy which ones :

Autres, spécifiez / If other, specify:

**Est-ce que votre enfant prend des médicaments de façon régulière?/
Does your child take medication on regular bases?**

Oui / Yes Non / No

Si oui, lesquels? / If so, which ones?:

**Autres détails pertinents concernant votre enfant /
Other details that could be relevant, concerning your child :**

Les renseignements sont gardés confidentiels./
These information are kept confidential.

Signature

Date