

JEUNESSE BENNY

Benny Center, 6440 rue de Terrebonne, H4B 1B1

Téléphone: AU CAMP seulement / DURING CAMP ONLY (514) 210-8978 Fax: (514) 868-4008

2017

CAMP de JOUR 2017 / DAY CAMP 6 À 12ans

ENFANT / CHILD (Lettres moulées S.V.P./Please print)

| | | | | | |
|-------------------------------------|----------------|--|-------------------------------------|----------------------------|------------------------------------|
| Nom/Last Name | | Prénom/First Name | | Téléphone/Phone # | |
| Adresse/Address | | | App./Apt. | Ville/City | Code Postal/Postal Code |
| Naiss.(a/m/j) / Birth date(y/m/d) | Âge/Age | Sexe/Sex | No. assurance-maladie/Medicare card | Expiration | Crème Solaire/Sunscreen Permission |
| _____ / _____ / _____ | _____ | M _____ | _____ | _____ | _____ oui/Yes _____ non/No |
| École / School | Niveau / Grade | Amis au camp (même âge) / Friends at camp (same age) | | | |
| Problèmes médicaux/Medical problems | | Allergies | | Nageur/Swimmer | |
| Type : _____ | | Type : _____ | | _____ oui/Yes _____ non/No | |
| Médicament / Medicine: | | Médicament / Medicine: | | | |

PARENT (Lettres moulées S.V.P./Please print)

| | | | | |
|--|-------------------|----------------------------------|-----------------------|----------------|
| Nom complet de la mère/Mother's full name | | Téléphone/P A | | CELL |
| | | Ext. | | Courriel/Email |
| Nom complet du père/Father's full name | | Téléphone/Phone # (travail/work) | | CELL |
| | | Ext. | | Courriel/Email |
| Quelqu'un viendra-t-il chercher votre enfant / Will someone be picking up your child? | Nom/ Name | | Tel. / Courriel/Email | |
| _____ oui/Yes _____ non/No | | | | |
| Personne à rejoindre en cas d'urgence (différent qu'au dessus) / Person to contact in case of emergency (If different) | | | | |
| Nom/Last Name | Prénom/First Name | Rapport/Relation | Téléphone/Phone # | |
| | | | | |

Est-ce que votre enfant sera absent(e) durant la semaine? / Will your child be absent during the week?

_____ oui/Yes _____ non/No DAYS : lun/Mon ___ mar /Tue ___ mer/Wed ___ jeu/Thu ___ ven/Fri ___

- * J'autorise mon enfant à participer aux activités quotidiennes de la semaine de relâche Jeunesse Benny. Ceci inclus les activités à l'extérieur du centre. Si le camp organise une sortie à l'extérieur de l'île de Montréal, un formulaire de permission incluant les détails me sera expédié. Le camp va utiliser les transports en commun, les mini-bus de Centre Benny ou les autobus scolaires.
- * Les photos prises durant le camp peuvent être utilisés par Jeunesse Benny pour le matériel promotionnel.
- * **Veillez prendre note que la direction du camp se réserve le droit de refuser ou d'expulser un enfant qui agira d'une façon dangereuse ou agressive envers lui-même, les autres enfants, le personnel, ou la propriété du camp.**
- * **Le club de vacances n'est pas responsable pour les objets perdus ou volés.**

- * I give permission for my child to participate in the daily programs of Jeunesse Benny Spring Break Camp. This includes activities outside of the center. If the day camp is planning an activity off of the island of Montreal, a detailed permission form will be sent home. The camp will be using public transportation, Benny Center vans or school buses.
- * Photos taken during the camp can be used by Jeunesse Benny for promotional material.
- * **Please note that the camp management reserves the right to refuse or dismiss any child who acts in a dangerous or aggressive manner toward him/herself, other children, camp personnel, or property.**
- * The day camp is not responsible for lost or stolen items.

| | | |
|---|----------------|-----------------------|
| X _____ | X _____ | Impôt RL24 Tax |
| Signature du parent/ Parent's signature | Date | Refus/Declined _____ |
| Impôt RL24 / Taxes RL24 | | |

Pour l'impôt (Relevé 24 Revenu Québec); le numéro d'assurance-sociale et le nom du parent qui déduit les frais de garde sont exigés.
For tax purposes (Relevé 24 Revenu Québec); social insurance number and name of the parent claiming the deduction are required.

Nom/Name _____ Prénom/Given name _____ NAS/SIN _____ - _____ - _____
(EN LETTRES MOULÉES, S.V.P. / PLEASE PRINT)

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION / OFFICE USE ONLY

| | | | |
|---|-------|----------|---|
| Frais d'inscription/Registration fee: 100\$ | | | MODE DE PAIEMENT / METHOD OF PAYMENT |
| Frais du Camp/Camp fee: _____ | 450\$ | \$550.00 | Comptant / \$ _____ DATE _____ |
| Service Prolongé/Extended Service: | | | Cheque(s) # _____ DATE _____ |
| 7h30-9h & 16h-18h | 265\$ | | Cheque(s) # _____ DATE _____ |
| AM 7h30-9h seulement | 175\$ | | TOTAL: _____ |
| PM 16h-18h seulement | 175\$ | | |
| TOTAL | | | (avant début du camp) SOLDE Dû/BALANCE (before start camp) |

| | |
|---|--------------------------------------|
| Détails / Details: | Employé SIGNATURE: _____ DATE: _____ |
| * Frais d'Inscription non-remboursable / * Registration fees are non-refundable | |