

## FICHE D'INSCRIPTION SEMAINE DE RELÂCHE SAINT-GÉDÉON

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

Nom et prénom du parent : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Cellulaire : \_\_\_\_\_

Téléphone en cas d'urgence : \_\_\_\_\_

**VEUILLEZ COCHER LE FORFAIT QUI VOUS INTÉRESSE.**

Service de garde : 7 h à 9 h et 16 h à 17 h 30

25 \$/un enfant ou 40 \$/deux enfants

<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON
---------------------------	---------------------------

**Service de garde non compris**

**Aucun remboursement même si votre enfant ne se présente pas à l'activité.**

	LE LUNDI 2 MARS	LE MARDI 3 MARS	LE MERCREDI 4 MARS	LE JEUDI 5 MARS
	<b>CINÉMA ET PISCINE</b>	<b>QUILLES ET PATINAGE</b>	<b>SPORTS ET SPECTACLE</b>	<b>GLISSADE EN TUBE</b>
<b>TOTAL</b>				
				<b>GRAND TOTAL</b>

Une fois la sélection effectuée, vous vous engagez à défrayer le montant indiqué dans la case GRAND TOTAL. Cependant, aucune modification ne sera acceptée.

**L'enfant souffre-t-il d'une maladie ou d'une limitation?**

Oui                  Non

Si oui, précisez: \_\_\_\_\_

**L'enfant souffre-t-il d'une allergie?**

Oui                  Non

Si oui, précisez: \_\_\_\_\_

J'autorise que l'organisme prend la photo de mon enfant.

**Mode de paiement :**

Chèque # \_\_\_\_\_

Comptant

Débit

Je, soussigné, comprends et accepte la présente entente :

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_