



PROGRAMME DE SERVICE DE GARDE INTÉGRÉ CAMP SOCCER DE L'A.S.I.B.

Dans le cadre des activités estivales, les participants des camps de soccer de l'Association de soccer de l'Île-Bizard peuvent profiter du service de garde des camps de jour Sportmax, situés au Centre Socioculturel.

PROCÉDURE D'INSCRIPTION

Les clients intéressés doivent procéder à l'inscription EN PERSONNE SEULEMENT (aucune inscription par Internet) à partir du 25 juin.

Le formulaire d'inscription ci-après, fournissant toutes les informations sur l'enfant et les coordonnées des parents responsables, doit être complété et remis au moment de l'inscription.

Le paiement doit se faire en argent comptant si payé à la table d'accueil du service de garde (avant 8h) ou en argent comptant, débit ou par carte de crédit VISA/MC si réglé au bureau des camps de jour. Il est important de mentionner, au moment de l'inscription, que l'enfant n'est pas inscrit au camp de jour Sportmax mais qu'il participe au camp de soccer de l'Association de soccer de l'Île-Bizard.

HORAIRE : 7H À 9H ET 16H À 18H

Le service de garde propose aux enfants des ateliers dirigés. Les animateurs en place animent des jeux sportifs, des projets de bricolage, des jeux d'adresse et de société et des défis spéciaux. En plus, un coin lecture et la projection d'un film permettent aux enfants de se détendre.

L'enfant doit respecter en tout temps les règles et consignes sous peine de voir son inscription annulée.

TARIFS HEBDOMADAIRES :

45\$ - Résidents

55\$ - Non-résidents

TARIFS À L'UNITÉ, PAR PÉRIODE DE GARDE :

12\$ - Résidents

15\$ - Non-résidents

Une « période de garde » correspond à un bloc horaire AM ou PM pour une journée. L'heure de départ (18h) doit être respectée, sinon des frais de 6\$ par enfant par tranche de 15 minutes seront imposés.

CAMPS DE JOUR SPORTMAX - LES FOUINEUX

ADULTE RESPONSABLE 1

Nom de famille : _____

Prénom : _____ Genre : F M

Lien familial Mère Père Autre : _____

Tél. résidence : _____

Tél. travail : _____ # _____

Tél. cell : _____

Adresse : _____ App. : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Courriel* : _____

* COURRIEL OBLIGATOIRE - Une fois l'inscription traitée, vous recevrez une confirmation par courriel ainsi que les instructions pour activer votre accès à votre compte en ligne.

ADULTE RESPONSABLE 2

Nom de famille : _____

Prénom : _____ Genre : F H

Lien familial Mère Père Autre : _____

Tél. résidence : _____

Tél. travail : _____ # _____

Tél. cell : _____

REÇUS D'IMPÔT

Émis en février prochain au(x) nom(s) et NAS inscrits ci-dessous, vous pouvez déterminer un % pour chaque responsable. Plus de détails sur les relevés au www.sportmax.ca/impot.

Responsable 1 - NAS : _____ % : _____

Responsable 2 - NAS : _____ % : _____

URGENCE Personne à contacter, en cas d'urgence et en cas d'incapacité à joindre les adultes responsables au dossier.

Nom : _____

Lien enfant : _____ Tél. : _____

EN PROCÉDANT À L'INSCRIPTION, J'ATTESTE 1) avoir pris connaissance des politiques de remboursement telles qu'indiquées dans le dépliant des Camps de jour. 2) J'AUTORISE les responsables des Camps de jour à prodiguer les soins nécessaires et, le cas échéant, je m'engage à payer les frais de transport par ambulance et les frais médicaux. 3) En indiquant le détail des médicaments et des posologies au dossier de mon enfant, J'AUTORISE la prise desdits médicaments durant les activités ou l'administration par le personnel des camps de jour dans le cas d'un auto-injecteur d'épinéphrine pour réaction allergique, conformément à la posologie indiquée. Les médicaments doivent être remis à la table d'accueil du service de garde ou au bureau d'accueil dans un contenant approprié (à l'exception des auto-injecteur d'épinéphrine). 4) J'AUTORISE l'utilisation des photos et vidéos de mon enfant réalisées durant les activités à des fins de promotion des activités uniquement.

Fiche d'inscription pour SERVICE DE GARDE SOCCER IBZ

ENFANT

Nom de famille : _____

Prénom : _____ Genre : F M

Date de naissance : _____ Année _____ Mois _____ Jour _____ Âge : _____

Assurance maladie : _____ Exp. : _____

Maladies/Allergies : _____

Médicaments/posologie : _____

Si l'enfant apporte un auto-injecteur de type Épipen, où désirez-vous qu'il soit gardé ?

Sac de l'enfant Sac de l'animateur pour toute la semaine

À la taille de l'enfant Sac de l'animateur, remis chaque jour

Problématique comportement : _____

DÉPART AVEC...

Indiquez avec qui l'enfant quitte habituellement.

Si vous cochez "Parent(s)", ne pas écrire de nom.

Parent(s) Seul Autre personne Service d'accueil

NOM(S) : _____

CHOIX DES SEMAINES DE SERVICE DE GARDE

#	DATES	ENCERCLEZ	PAIEMENT :
1	*25/06 - 28/06	36\$	VISA _____ \$
2	*02/07 - 05/07	36\$	MASTER _____ \$
3	08/07 - 12/07	45\$	DÉBIT _____ \$
4	15/07 - 19/07	45\$	ARGENT _____ \$
5	22/07 - 26/07	45\$	Montant total:
6	29/07 - 02/08	45\$	<input type="text"/> \$
7	05/08 - 09/08	45\$	
8	12/08 - 16/08	45\$	
9	19/08 - 23/08	45\$	

*Semaines de 4 jours.