



# Camps de vacances Eurêka

Sécurité et confiance gage de notre qualité

817 5 ième rang, Ste-Cécile de Milton 450-773-1833

[www.domaineeureka.com](http://www.domaineeureka.com) 1-866-601-0170

Photo de votre enfant obligatoire

## Fiche 2008 inscription des cavaliers et cavalières

Masculin   
féminin

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

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

Père # de Tél : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Tél. d'urgence : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nom du père : \_\_\_\_\_ nom à contacter urgence : \_\_\_\_\_

Mère # de tél : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Tél. d'urgence : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nom de la mère : \_\_\_\_\_ nom d'urgence à contacter : \_\_\_\_\_

Courriel des parents : \_\_\_\_\_

Référé par amis  journaux  Internet  autres  -précisé : \_\_\_\_\_

Avez vous votre coupon rabais (journaux, Internet, chez marchand de la région)

Cavalier débutant  Intermédiaire  Date de naissance : \_\_\_\_\_ âge : \_\_\_\_\_

Cavalier classique  Cavalier western  Niveau

Pas  Trot  Galop  Saut  Avancé

Avancé précisé : \_\_\_\_\_

Reçu rapport d'impôt / à quel nom : \_\_\_\_\_ # ass. Sociale : \_\_\_\_\_

## Camps de jour été 2008 noircir le # de vos semaines

- \* Les petits explorateurs 5-6 ans 3 périodes activités équestres 170 \$
- \* Les intrépides 7 à 12 ans 5 périodes équestres 200 \$
- \* Les apprentis 13-16 ans 10 périodes 250\$

Semaine du 23 au 27 juin	①	* 5-6 ans	170\$	_____	**7-12ans	200\$	_____	***13-16an	250\$	_____
Semaine 30 juin au 4 juillet	②	* 5-6 ans	170\$	_____	**7-12ans	200\$	_____	***13-16ans	250\$	_____
Semaine du 7 au 11 juillet	③	* 5-6 ans	170\$	_____	**7-12ans	200\$	_____	***13-16ans	250\$	_____
Semaine 14 au 18 juillet	④	* 5-6 ans	170\$	_____	**7-12ans	200\$	_____	***13-16ans	250\$	_____
Semaine du 21 au 25 juillet	⑤	* 5-6 ans	170\$	_____	**7-12ans	200\$	_____	***13-16ans	250\$	_____
Semaine 28 juillet au 1 août	⑥	* 5-6 ans	170\$	_____	**7-12ans	200\$	_____	***13-16ans	250\$	_____
Semaine du 4 au 8 août	⑦	* 5-6 ans	170\$	_____	**7-12ans	200\$	_____	***13-16ans	250\$	_____
Semaine du 11 au 15 août	⑧	* 5-6 ans	170\$	_____	**7-12ans	200\$	_____	***13-16ans	250\$	_____
Semaine du 18 au 22 août	⑨	* 5-6 ans	170\$	_____	**7-12ans	200\$	_____	***13-16ans	250\$	_____
<b>Total de semaine x le montant \$</b>										( _____ )

Encore plus d'équitation 7-12 ans + 5 périodes 50\$/sem x \_\_\_\_\_ nbre de sem . + ( \_\_\_\_\_ )

Mordus des chevaux immersion totale 9-16ans 100\$/sem x \_\_\_\_\_ nbre de sem. + ( \_\_\_\_\_ )

Option repas chauds 25\$/sem x nbre de semaine + ( \_\_\_\_\_ )

Un rabais postal ou autres ne peuvent être jumelés

Rabais personne de la même famille -25 /sem x \_\_\_\_\_ nbre de semaine - ( \_\_\_\_\_ )

Rabais plusieurs semaine - 20/sem x \_\_\_\_\_ nbre de semaine - ( \_\_\_\_\_ )

**Total**

**TPS/ TVQ (total x 0.12875)** + \_\_\_\_\_

**Grand total** \_\_\_\_\_

Notez que 30% du grand total est exigible lors de l'inscription rabais additionnel si totalité payé avant le 15 mai

Mode de paiement dépôt 30% \_\_\_\_\_ chèque \_\_\_\_\_ visa \_\_\_\_\_ mastercard # carte \_\_\_\_\_ date exp. \_\_\_\_\_

Mode de paiement montant restant au plus tard le 5 juin \_\_\_\_\_ chèque \_\_\_\_\_ carte de crédit précédente

Si payez avant le 15 mai -10% du Grand total. Rabais concurrentiel pour passer tout l'été avec nous, informez-vous !!

VOUS DEVEZ COMPLÉTER LA FICHE DE RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉTAT DE SANTÉ DE VOTRE ENFANT QUI SUIT. ( OBLIGATOIRE ET CONFIDENTIEL)

## Renseignements Obligatoires – CONFIDENTIELS

### Observations sur l'état général de santé

#### Votre enfant souffre-t-il d'une des infections suivantes:

Allergie respiratoire

oui  non

Allergie antibiotique

oui  non

Autres allergies

Détails

  
  

Votre enfant a-t-il été  
**vacciné contre le tétanos**

oui  non année

Votre enfant a-t-il été  
**vacciné contre la rougeole**

oui  non année

Votre enfant prend-il des  
médicaments?

oui  non

Si oui pour quel(s) malaise(s) ?

Nom du médicament et posologie

  
  

Commentaires

Votre enfant sait-il nager ?

oui  non

Particularités à nous signaler sur  
le caractère ou le comportement  
de votre enfant

#### En cas d'urgence, en l'absence des parents qui devons-nous rejoindre ?

Nom

Téléphone

Nom

Téléphone

Il est important de nous remettre la carte d'assurance maladie de votre enfant à l'arrivée au camp. Nous aviser si votre enfant a été exposé à une maladie contagieuse, durant les 3 semaines précédant son arrivée chez-nous.

En écrivant mon nom sur ce formulaire, je certifie que les renseignements fournis sur l'état médical de mon enfant sont exacts et j'autorise la direction à donner à mon enfant les soins médicaux ordinaires (médicaments et traitements mineurs) et, en cas d'urgence prendre les dispositions nécessaires recommandées par un médecin. Je m'engage, par le fait, à défrayer le coût des soins administrés à mon enfant, le cas échéant.