

Bienvenue au Domaine Équestre Eurêka !!!

séjour



Camps de vacances Eurêka
Sécurité et confiance gage de notre qualité
 817 5 ième rang, Ste-Cécile de Milton 450-361-6395
 www.domaineeureka.com.....1-866-601-0170

Photo de votre enfant obligatoire

Prénom / Nom :				sexe :		F : <input type="radio"/>	M : <input type="radio"/>
expérience en équitation :		oui : <input type="radio"/>	non : <input type="radio"/>	date de naissance :			
niveau :	pas : <input type="radio"/>	trop : <input type="radio"/>	galop : <input type="radio"/>	saut : <input type="radio"/>	autre : <input type="radio"/>		
*** Inscrire l'adresse à utiliser pour le retour d'impôt sur les frais de garde de l'enfant. ***						ass. maladie :	
# porte et rue :			ville :				
province :			code postal :				
*** Nous avons seulement besoin du numéro d'assurance sociale du parent qui recevra le crédit d'impôt, merci. ***							
nom de la mère :			téléphone :				
urgence contacter :			cell :				
adresse courriel :			# ass. social :				
nom du père :			téléphone :				
urgence contacter :			cell :				
adresse courriel :			# ass. social :				
référé par :	internet : <input type="radio"/>	journal : <input type="radio"/>	ami : <input type="radio"/>	autre : <input type="radio"/>	préciser :		
*** Camps de séjour été 2012 cochez votre choix ***				Forfaits disponibles			
Dates des semaines de camp		#	Coût	rafale	ma vie	sous total	
Du 24 au 29 juin, 5 nuitées		1 : <input type="radio"/>	\$669	\$125	\$190		
Du 1er au 6 juillet, 5 nuitées		2 : <input type="radio"/>	\$669	\$125	\$190		
Du 1er au 13 juillet, 12 nuitées		3 : <input type="radio"/>	\$1,199	\$200	\$325		
Du 8 au 13 juillet, 5 nuitées		4 : <input type="radio"/>	\$669	\$125	\$190		
Du 15 au 20 juillet, 5 nuitées		5 : <input type="radio"/>	\$669	\$125	\$190		
Du 15 au 27 juillet, 12 nuitées		6 : <input type="radio"/>	\$1,199	\$200	\$325		
Du 22 au 27 juillet, 5 nuitées		7 : <input type="radio"/>	\$669	\$125	\$190		
Du 29 juillet au 3 août, 5 nuitées		8 : <input type="radio"/>	\$669	\$125	\$190		
Du 5 au 10 août, 5 nuitées		9 : <input type="radio"/>	\$669	\$125	\$190		
Du 5 au 17 août, 12 nuitées		10 : <input type="radio"/>	\$1,199	\$200	\$325		
Du 12 au 17 août, 5 nuitées		11 : <input type="radio"/>	\$669	\$125	\$190		
Du 19 au 24 août, 5 nuitées		12 : <input type="radio"/>	\$669	\$125	\$190		
					sous total :		
* Rabais de 10% si inscription et paiement fait avant le 1er mai 2012. *					-10%		
* Escompte familial ou amical 35\$ pour 5 nuits et 75\$ pour 12 nuits. *					(- 35 ou - 75\$)		
DÉPÔT DE 200 \$ à faire parvenir avec cette fiche d'inscription					sous total 2 :		
					sous total 2 x 1.14975 (tps/tvq) :		
					Grand Total :		
					dépot de 200\$:		
					solde :		
mode de paiement :	chèque : <input type="radio"/>	mastercard : <input type="radio"/>	visa : <input type="radio"/>	nom du détenteur de la carte:			
# carte :				date exp. :			
Mode de paiement montant restant au plus tard le 20 juin			argent : <input type="radio"/>	chèque : <input type="radio"/>	carte de crédit précédente : <input type="radio"/>		
*** Toute annulation avec billet médical sera remboursée en totalité excepté 50\$ afin de couvrir les frais d'administration. Pour toute autre annulation de deux semaines d'avis et moins, le montant du dépôt de 200\$ seulement sera retenu. ***							

HISTORIQUE MÉDICAL

Votre enfant a-t-il déjà subi une blessure grave? Oui Non

Si oui, veuillez la décrire :

Souffre-t-il d'un problème de santé chronique ou récurrent? Doit-on lui imposer des restrictions en ce qui concerne la pratique de certaines activités? Oui Non

Asthme : Oui Non

Si oui, veuillez expliquer : _____

Hernies : Oui Non

Épilepsie : Oui Non

Diabète : Oui Non

Autre (précisez) : _____

Votre enfant a-t-il reçu le vaccin contre le tétanos? Oui Non Si oui, indiquez l'année : _____

ALLERGIES

Allergies alimentaires : Oui Non Allergie aux piqûres d'insectes : Oui Non

Allergie aux arachides : Oui Non Allergies aux animaux : Oui Non

Fièvre des foins : Oui Non Allergie à la pénicilline : Oui Non

Allergie à l'herbe à puces : Oui Non Allergies à d'autres médicaments : Oui Non

Autres allergies : _____

Votre enfant a-t-il à sa disposition une (Épipen) pour contrôler ses allergies? Oui Non

Si oui, qui est autorisé à conserver et à administrer ce médicament?

L'enfant lui-même L'animateur de l'enfant Toute personne adulte responsable

Posologie : _____

DISTRIBUTION DE MÉDICAMENTS

Veuillez noter que nous n'entreposons ni n'administrons aucun médicament.

Si votre enfant doit prendre un médicament et qu'aucune dérogation n'est possible en vertu de la prescription médicale, nous pouvons le distribuer, mais nous ne l'administrons pas. Il est important de rappeler que la distribution de médicaments prescrits demeure une mesure exceptionnelle.

* Distribuer un médicament : Remettre un médicament prescrit à une personne afin qu'elle puisse le prendre elle-même.

Votre enfant a-t-il un médicament à prendre sans aucune dérogation possible en vertu de la prescription médicale? Oui Non Posologie : _____

Si votre enfant doit prendre des médicaments dans une situation exceptionnelle, vous devrez, dès votre arrivée au camp, remplir un formulaire d'autorisation de distribution de médicaments ou nous remettre une autorisation écrite.

Signature du titulaire de l'autorité parentale : _____

Lien avec l'enfant : _____ Date : _____

AUTORISATION DES PARENTS

En signant la présente, j'autorise la direction du camp de jour à prodiguer à mon enfant tous les soins médicaux nécessaires. Si la direction le juge nécessaire, je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance (à mes frais) ou autrement dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire.

Nom et prénom du parent ou du tuteur : _____

Signature du parent ou du tuteur : _____ Date : _____

CONSENTEMENT PARENTAL - MATÉRIEL PROMOTIONNEL

Je, soussigné(e), _____, titulaire de l'autorité parentale, consens à ce que mon enfant soit photographié/filmé à l'occasion de sa participation au camp du Domaine Équestre Eurêka et que Le Domaine archive et diffuse, sous quelque format que ce soit, ces photographies/vidéos à ses fins.

Signature du titulaire de l'autorité parentale : _____

Lien avec l'enfant : _____ Date : _____

Je refuse que mon enfant soit photographié et/ou filmé