

Camp de la relâche des Débrouillards
La croisière de Beppo - du 4 au 8 mars 2019

Coordonnées	
Nom de l'enfant	
Date de naissance	
Nom de l'enfant	
Date de naissance	
Mère	
Père	
Adresse postale	
Code postal	
Téléphone	
Téléphone en cas d'urgence	
Adresse courriel	
Problèmes de santé, allergies et/ou conditions particulières	

*En participant aux activités de Technoscience Est-du-Québec, j'autorise par la présente les partenaires du Réseau Technoscience à diffuser la photographie ou l'image vidéo de mon enfant pour fins de publication aux médias, aux commanditaires, aux donateurs de prix et à des fins publicitaires pour le programme du Club des Débrouillards tels que brochures, revues, site Web, médias sociaux, etc.

***Remplir ce formulaire et nous le faire parvenir par courriel au debrouillards@technoscience-eq.ca**
 Une confirmation courriel vous sera envoyée lors de la réception.

Choix des jours		
Date	Camp	SDG
Lundi 4 mars : Embarquement immédiat!		
Mardi 5 mars : Aux fourneaux avec Beppo		
Mercredi 6 mars : Protégeons la planète		
Jeudi 7 mars : Attention, volcan en éruption!		
Vendredi 8 mars : Mahalo!		

Total	
Camp	\$
Service de garde	\$
Somme due	\$

Relevés 24 à fins d'impôt? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
À quel nom?
NAS :

Camp : 30\$/jour ou 140\$/semaine
 Service de garde : 7\$/jour ou 30\$/semaine

Modes de paiement :

- Via Paypal au debrouillards@technoscience-eq.ca ou
- Adresser le chèque à Technoscience Est-du-Québec et envoyer le tout au :
 Club des Débrouillards, 300 Allée des Ursulines, Bureau E-312, Rimouski, Qc, G5L 3A1



FICHE MÉDICALE

Prénom et nom du participant : _____

Personnes à contacter en cas d'urgence

Prénom et nom : _____

Téléphone #1 : _____ Téléphone #2 : _____

Lien avec l'enfant : _____

Prénom et nom : _____

Téléphone #1 : _____ Téléphone #2 : _____

Lien avec l'enfant : _____

Informations supplémentaires



Votre enfant présente-t-il des problèmes de santé, des allergies, des intolérances et/ou des conditions particulières (TDA/H, TC, Trouble visuel et/ou auditif, etc.)? Oui Non

Si oui, veuillez spécifier : _____

Votre enfant devra-t-il prendre de la médication pendant les heures du camp? Oui Non

Si oui, veuillez spécifier : _____

**Prenez note que nous ne sommes pas autorisé à administrer les médicaments à votre enfant mais nous pouvons en superviser la prise.*

Autres éléments que vous aimeriez spécifier à propos de votre enfant : _____

Si l'état de santé de votre enfant change d'ici son arrivée au camp, vous êtes dans la responsabilité de nous en informer.

Signature du responsable : _____ Date : _____