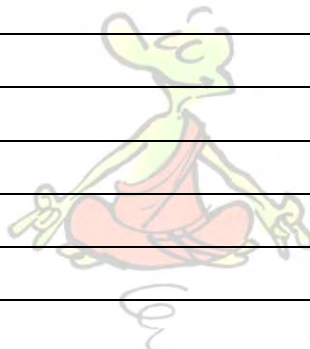


\*Remplir ce formulaire et nous le faire parvenir par courriel au [debrouillards@technoscience-eq.ca](mailto:debrouillards@technoscience-eq.ca)  
Une confirmation courriel vous sera envoyée lors de la réception.

### Coordonnées

Nom de l'enfant (1)		Date de naissance	
Nom de l'enfant (2)		Date de naissance	
Nom de l'enfant (3)		Date de naissance	
Nom du parent (1)			
Nom du parent (2)			
Adresse postale			
Code postal			
Téléphone			
Téléphone en cas d'urgence			
Adresse courriel			



\*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.

### Choix des semaines

Date	Camp	SDG	Repas
Promenons-nous dans les bois! - 25 au 28 juin			
Beppo, éleveur de maringouins - 2 au 5 juillet			
Quel chef d'œuvre! - 8 au 12 juillet			
Les Débrouillards enquêtent - 15 au 19 juillet			
Les mystères de la Terre - 5 au 9 août			
La tête dans les étoiles - 12 au 16 août			

### Total

Inscription	30 \$
Camp	\$
Service de garde	\$
Service de repas	\$
<b>Somme due</b>	<b>\$</b>

**Relevés 24 à fins d'impôt?**

Oui  Non

À quel nom?

NAS :



Fiche médicale à compléter au verso.

#### Coûts :

##### **Inscription**

30\$ (une seule inscription par famille)

##### **Camp régulier (5 à 12 ans)**

115\$ par enfant pour la première semaine

105\$ par enfants supplémentaires ou semaines supplémentaires

##### **Service de garde**

35\$ par enfant pour la semaine

##### **Service de repas (cafétéria)**

37\$ par enfant par semaine

#### Modes de paiement :

-Via **Paypal** au

[debrouillards@technoscience-eq.ca](mailto:debrouillards@technoscience-eq.ca)

ou

-Adresser le **chèque** à Technoscience Est-du-Québec et envoyer le tout au :

300 Allée des Ursulines, Bureau E-312, Rimouski, Qc, G5L 3A1

# FICHE MÉDICALE

## 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



**Nom de l'enfant (1) :** \_\_\_\_\_

Votre enfant sait-il nager? Oui  Non

Votre enfant doit-il porter une veste de flottaison? Oui  Non

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 autorisés 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 : \_\_\_\_\_

**Nom de l'enfant (2) :** \_\_\_\_\_

Votre enfant sait-il nager? Oui  Non

Votre enfant doit-il porter une veste de flottaison? Oui  Non

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 autorisés 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 : \_\_\_\_\_

**Nom de l'enfant (3) :** \_\_\_\_\_

Votre enfant sait-il nager? Oui  Non

Votre enfant doit-il porter une veste de flottaison? Oui  Non

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 autorisés 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 change d'ici le début du camp, vous êtes dans la responsabilité de nous en informer.

Signature du responsable : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_