

\*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
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 patentoux (ADOS - 12 à 15 ans) - 22 au 26 juillet		
Les mystères de la Terre - 5 au 9 août		
La tête dans les étoiles - 12 au 16 août		
Les «Eaux»lympiades des Débrouillards - 19 au 23 août		

Total	
Inscription	30 \$
Camp	\$
Service de garde	\$
Somme due	\$

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



**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  
**Camp pour ADOS (12 à 15 ans)**  
 230\$ par enfant (le prix inclut les 2 nuits et les repas au camping)  
**Service de garde**  
 35\$ par enfant pour la 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 à compléter au verso.

# 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 : \_\_\_\_\_