

IDENTIFICATION DU PARTICIPANT

Nom	Prénom	Date de naissance	Sexe F M
Adresse	No assurance-maladie		Expiration
Ville		Code postal	Téléphone ()
Courriel d'un parent			

IDENTIFICATION DES PARENTS

Nom et prénom du père	Téléphone à domicile ()	Téléphone au travail ()	Cellulaire ()
Nom et prénom de la mère	Téléphone à domicile ()	Téléphone au travail ()	Cellulaire ()

Le participant demeure chez :

1. Son père et sa mère 2. Sa mère 3. Son père 4. Autre

Pour une situation d'urgence, en cas d'absence des parents, aviser une des personnes suivantes :

Nom et Prénom :	Téléphone à domicile : ()	Téléphone au travail : ()
-----------------	-------------------------------	-------------------------------

CHOIX DE SÉJOUR

Cochez votre choix parmi les dates indiquées ci-dessous :

	Dates de séjour <input type="checkbox"/> 28 et 29 janvier	Dates de séjour <input type="checkbox"/> 25 et 26 février	
	<input type="checkbox"/> 11 et 12 février	<input type="checkbox"/> 03 et 04 mars	

CHOIX DE GROUPE

*Cochez l'ordre de préférence, 1, 2 ou 3, pour chacun des groupes (Les places sont limitées) :

Forestier de Tarkasis	Aventurier de Bratel-la-Grande	Chevalier de Berrion
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1 2 3	1 2 3	1 2 3

* 1 étant le premier choix, 3 étant le dernier.

LES PRODUCTIONS TARKASIS

1440 Chemin Principal,
Saint-Mathieu-du-Parc, Qc. G0X 1N0
info@sanctuairedesbraves.com
819-532-1455

IDENTIFICATION DU PARTICIPANT

Nom du participant :

FICHE SANTÉ

- | | | | |
|------|---|------------------------------|------------------------------|
| 1. | Votre enfant souffre-t-il d'allergies alimentaires ?
Spécifiez: | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| 2. | Votre enfant souffre-t-il d'intolérance alimentaire ?
Spécifiez: | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| 3. | Votre enfant suit-il un régime alimentaire particulier ?
Spécifiez: | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| 4. | Votre enfant souffre-t-il d'autres allergies ?
Spécifiez: | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| 5. | Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (épipen) en fonction de ses allergies ?
Spécifiez: | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| 6a. | Votre enfant souffre-t-il de maladie chronique ou récurrente?
Spécifiez: | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| 6b. | Fréquence des crises, gravité.
Spécifiez: | | |
| 7. | Votre enfant a-t-il d'autres problèmes de santé particuliers ?
Spécifiez: | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| 8. | Votre enfant a-t-il un handicap ?
Spécifiez: | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| 9. | Votre enfant est-il restreint dans certaines activités ?
Spécifiez: | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| 10. | Particularité à nous signaler sur le caractère et le comportement de votre enfant.
(<i>hyperactivité, ennui, phobie, etc.</i>)
Spécifiez: | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| 11a. | Votre enfant doit-il prendre un ou des médicaments spécifique(s) durant le séjour ?
Spécifiez: | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| 11b. | Si oui précisez le nom du médicament : | | |
| 11c. | Indiquez la posologie : | | |
| 12. | Votre enfant souffre-t-il d'asthme?
Si oui spécifiez: | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| 13. | Votre enfant souffre-t-il d'énurésie?
Spécifiez: | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| 14. | Votre enfant souffre-t-il de somnambulisme?
Spécifiez: | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |

CONFIRMATION DE MIS À JOUR DU DOSSIER MÉDICAL

Je, soussigné(e) affirme que le dossier médical de mon enfant est complet et mis à jour lors de l'arrivée au camp. Les modifications nécessaires ont été apportées avant le début du séjour.

Signature du parent ou du tuteur :

Date :

LES PRODUCTIONS TARKASIS

1440 Chemin Principal,
Saint-Mathieu-du-Parc, Qc. G0X 1N0
info@sanctuairedesbraves.com
819-532-1455

IDENTIFICATION DU PARTICIPANT

Nom du participant :

MODALITÉ DE PAIEMENT

Frais de séjour 425,00\$	TPS 21,25\$	TVQ 37.93\$	Total 484.18\$
------------------------------------	-----------------------	-----------------------	--------------------------

MÉTHODE DE PAIEMENT

Chèque au nom des Productions Tarkasis : Chèque

Carte de crédit : Visa MC Amex

No :

Exp :

Signature du détenteur de la carte :

Un paiement complet de 425\$ plus taxes (484.18\$) est nécessaire pour réserver un séjour. Toute demande de changement de date ou d'annulation devront être formulées au plus tard 30 jours avant la date de séjour. Les frais de séjour ne seront pas remboursés si la demande d'annulation est effectuée moins de 30 jours avant le début du séjour. Tout changement de date effectué moins de 30 jours avant le début du séjour peut être refusé par les Productions Tarkasis. En cas d'annulation d'un séjour par les Productions Tarkasis, la totalité du paiement sera remboursé dans les 30 jours suivant la date prévue du séjour.

AUTORISATION

- En cas d'urgence, je soussigné(e), autorise le personnel du Sanctuaire des Braves à administrer, les premiers soins et à prendre les dispositions nécessaires relativement à la santé de mon enfant.

Signature du parent ou du tuteur :

Date :

- J'autorise le Sanctuaire des Braves à utiliser les images de mon enfant qui pourraient être prises dans le cadre de leurs activités, et ce, uniquement à des fins promotionnelles. Tout le matériel utilisé demeurera la propriété du Sanctuaire des Braves et ne sera en aucun cas transmis à une tierce partie.

Signature du parent ou du tuteur :

Date :

- Je soussigné(e) affirme avoir pris connaissance des modalités de paiement du Sanctuaire des Braves et je m'engage à les respecter et à payer les frais nécessaires. J'autorise la participation de mon enfant aux activités organisées par le Sanctuaire des Braves.

Signature du parent ou du tuteur :

Date :

- Les Productions Tarkasis n'administreront pas aucun médicament prescrit sans ordonnance sans le consentement de l'adulte répondant de l'enfant. J'accepte que le personnel responsable des Production Tarkasis administre un médicament sans ordonnance à mon enfant si jugé nécessaire.

OUI NON

Signature du parent ou du tuteur :

Date :

- J'aimerais obtenir un reçu à fin d'impôt :

Nom de la personne effectuant le paiement (lettre moulé) :

Numéro d'assurance sociale :

Faire parvenir l'inscription ainsi que le paiement à l'adresse suivante :

LES PRODUCTIONS TARKASIS

1440 Chemin Principal,
Saint-Mathieu-du-Parc, Qc. G0X 1N0
info@sanctuairedesbraves.com
819-532-1455