

Camp de jour 2021

Période d'inscription : Jusqu'au 7 avril 2021



Vous aimeriez participer à la vie active du camp de jour, joignez-vous au comité de parents!

Veillez simplement l'indiquer à l'endroit prévu sur le formulaire d'inscription. Nous vous contacterons au moment opportun.

Inscriptions

Par courriel : info@ste-clotilde.com

Par téléphone : 418-427-2637

Ou boîte aux lettres à la porte du bureau municipal

<u>Coût par enfant</u>	<u>Résident</u>	<u>Non-résident</u>
<i>Temps plein</i>	250 \$	275 \$

Considérant la situation actuelle de pandémie, le temps partiel n'est pas offert.

Ce service est offert pour les enfants d'âge primaire, maternelle à la 6^e année

Du lundi au vendredi de 7h30 à 17h30

Du lundi 28 juin au vendredi 20 août inclus

Prendre note que durant les vacances de la construction (18 juillet au 31 juillet), le service de camp de jour sera ouvert seulement le lundi, mardi et mercredi.

Advenant le cas où le nombre d'inscription dépasserait la capacité d'accueil des enfants, la municipalité acceptera les enfants selon cette priorisation :

- 1 : Les enfants ayant été inscrits au camp de jour les années antérieures
- 2 : Les enfants des citoyens de Ste-Clotilde-de-Beauce
- 3 : Les enfants dont un parent travaille dans la municipalité de Ste-Clotilde-de-Beauce
- 4 : Tous les autres enfants

Voir le verso pour la feuille d'inscription

RECTO

Section à remplir par le parent

Comité de parents

Je désire y participer

Courriel pour les communications : _____

Renseignements sur les enfants

Prénom et Nom : _____

Prénom et nom : _____

Âge : _____

Âge : _____

Date de naissance : _____
Jour/mois/année

Date de naissance : _____
Jour/mois/année

Assurance maladie : _____

Assurance maladie : _____

Allergies : _____

Allergies : _____

Problèmes de santé ou de comportement : _____

Problèmes de santé ou de comportement : _____

Prénom et Nom : _____

Prénom et nom : _____

Âge : _____

Âge : _____

Date de naissance : _____
Jour/mois/année

Date de naissance : _____
Jour/mois/année

Assurance maladie : _____

Assurance maladie : _____

Allergies : _____

Allergies : _____

Problèmes de santé ou de comportement : _____

Problèmes de santé ou de comportement : _____

Renseignements sur les parents

Père

Prénom et Nom : _____

Mère

Prénom et nom : _____

Numéro de téléphone :
maison : _____

Numéro de téléphone :
maison : _____

cellulaire : _____

cellulaire : _____

travail : _____

travail : _____

Renseignements sur le payeur (pour fin d'impôt)

Nom : _____

NAS : _____

Adresse : _____

Personnes autorisées à venir chercher vos enfants :

Noms

Téléphone
