



**CAMP DE JOUR GOLF UFO 2008**  
**FICHE D'INSCRIPTION**

Nom du **parent** \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Numéro d'assurance sociale \_\_\_\_\_ -- \_\_\_\_\_ -- \_\_\_\_\_ (Pour relevé 24)

Adresse\* \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Code Postal \_\_\_\_\_ Tél. Rés. : (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Tél. autre : (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

\* Le relevé de frais de garde (relevé 24) sera envoyé à cette adresse

**Enfant 1**                      **Sexe**                      **Fille**                       **Garçon**

Nom et prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_ Âge \_\_\_\_\_

Num. Ass. Maladie \_\_\_\_\_

**Enfant 2**                      **Sexe**                      **Fille**                       **Garçon**

Nom et prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_ Âge \_\_\_\_\_

Num. Ass. Maladie \_\_\_\_\_

**Enfant 3**                      **Sexe**                      **Fille**                       **Garçon**

Nom et prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_ Âge \_\_\_\_\_

Num. Ass. Maladie \_\_\_\_\_

**Personne à contacter en cas d'urgence :**

**Téléphone :** \_\_\_\_\_

**Paiement :**

Le coût total de \_\_\_\_\_ \$ doit être payé en 1 seul versement (Incluant les frais supplémentaires, au besoin)  
N.B. Aucun remboursement n'est fait en cas d'absence

**Modes de paiement :**

Par la poste : chèque\* seulement

À l'admission du Golf UFO : argent comptant, chèque\*, carte débit et carte de crédit Visa ou Mastercard

\*Les chèques postdatés ne sont pas acceptés

**Coordonnées : Centre du Golf UFO, Att : Camp de jour 2008,**

4600, boul. Dagenais Ouest, Fabreville, Laval (QC) H7R 1L5

Téléphone : (450) 962-4653

**Maladies et Allergies :**

Votre enfant souffre-t-il d'allergies ou de maladies demandant une attention particulière, incluant l'hyperactivité ?

	<i>Oui</i>	<i>Non</i>	<b>Description</b>	<b>Médication</b>
Enfant 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Enfant 2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Enfant 3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____

J'autorise les responsables du camp à intervenir en situation d'urgence.

**Signature du parent** \_\_\_\_\_ **Date :** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

<b>Semaine(s) de camp choisie(es)</b>			
<b>Enfants :</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
23 Juin au 27 Juin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30 Juin au 4 Juillet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Juillet au 11 Juillet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 Juillet au 18 Juillet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21 Juillet au 25 Juillet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28 Juillet au 1 Août	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Août au 8 Août	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11 Août au 15 Août	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18 Août au 22 Août	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Location.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Frais de garde.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Tarifs (taxes incluses)**

300\$ par enfant  
Rabais 20\$ pour semaines supplémentaires ou pour enfant d'une même famille

Location d'équipement : 25\$ par semaine

Frais de garde supplémentaire : 30\$ par semaine (7h à 18h)