



FICHE D'INSCRIPTION POUR 5-12 JOURS CONSÉCUTIFS



RENSEIGNEMENTS SUR L'ENFANT

NOM: _____

PRÉNOM: _____

ADRESSE: _____ MUN. _____

TÉLÉPHONE: (____) _____

CODE POSTAL: _____

NO D'ASS. MALADIE: _____

SEXE: _____

DATE EXPIRATION ____ ____ ____

DATE DE NAISSANCE: ____/____/____
 JOUR MOIS ANNÉE

AGE À LA DATE DU SÉJOUR ____ ____ ____

COURRIEL: _____

VOTRE ENFANT EST-IL DÉJÀ VENU AU CAMP? Oui Non

RENSEIGNEMENTS SUR LES PARENTS

NOM DU PÈRE: _____

NOM DE LA MÈRE: _____

TÉL: (résidence) _____

TÉL: (résidence) _____

TÉL: (travail) _____

TÉL: (travail) _____

OCCUPATION: _____

OCCUPATION: _____

GARDE LÉGALE oui non

GARDE LÉGALE oui non

FACTURE ÉMISE AU NOM DE _____

Comment avez-vous appris l'existence de notre camp? _____

RÉFÉRENCES EN CAS D'URGENCE

(indiquer les références de DEUX personnes à rejoindre s'il nous est impossible de contacter les parents)

NOM ET PRÉNOM	LIEN DE PARENTÉ	TÉL. DOMICILE	TÉL. BUREAU
1. _____	_____	(____) _____	(____) _____
2. _____	_____	(____) _____	(____) _____

RENSEIGNEMENTS SUR LE CHIEN (VOIR FICHE D'INSCRIPTION SUPPLÉMENTAIRE)

CHOIX DE SÉJOURS

1^{ER} CHOIX NO DU GROUPE _____ DATE: DU _____ AU _____

MODE DE PAIEMENT

Les frais d'inscription sont exigibles au moment de l'inscription et ne sont PAS REMBOURSABLES sauf s'il y a refus de notre part. Les frais de séjour incluant les taxes doivent être acquittés au complet 3 semaines avant la date du séjour. Les frais de séjour incluent l'hébergement, la pension complète et l'encadrement pour les activités de l'enfant ainsi que l'entraînement du chien.

Ci-joint mon dépôt pour réservation, à l'ordre de : Natur-ailes canin Inc. _____ \$

Ci-joint mon chèque postdaté pour le solde à payer _____ \$

Par la présente, j'accepte que Natur-ailes canin Inc. utilise des photos ou films de mon enfant et du chien, pris lors de leur séjour, pour fins publicitaires. De plus je certifie que les renseignements fournis sur la fiche médicale de mon enfant, sont exacts. J'autorise un intervenant responsable du camp à donner à mon enfant les soins médicaux ordinaires (médicaments et traitements mineurs) et, en cas d'urgence, à prendre les dispositions nécessaires recommandées par un médecin. Je m'engage, par le fait même, à défrayer le coût des soins administrés à mon enfant.

SIGNATURE DU PARENT RESPONSABLE _____ DATE _____