

FORMULAIRE DE PRÉINSCRIPTION

CAMP D'ÉTÉ 2018
Réservez vos places!

À la réception de ce formulaire, nous vous contacterons dans un délai raisonnable pour vous aviser des disponibilités. Celui-ci ne garantit pas une place. La direction se réserve le droit de refuser l'enfant suite à la réception du formulaire d'inscription officiel. Prendre note que vous avez **un mois** pour nous retourner le formulaire d'inscription complété après que nous vous ayons fait part de la disponibilité du séjour, sinon cette place sera libérée. Veuillez attendre la confirmation d'inscription avant d'informer les parents.

RENSEIGNEMENTS SUR L'INTERVENANT :		
Nom de l'intervenant		
Organisme		
Adresse de l'organisme		
N° téléphone		poste
Courriel		

COCHEZ LE SÉJOUR CORRESPONDANT :		
LUNDI AU VENDREDI 11 NUITS Séjour 1 : 25 juin au 6 juillet 8 à 15 ans <input type="checkbox"/> Séjour 2 : 9 au 20 juillet 8 à 15 ans <input type="checkbox"/> Séjour 3 : 23 juillet au 3 août 8 à 15 ans <input type="checkbox"/> Séjour 4 : 6 au 17 août 8 à 15 ans <input type="checkbox"/> DIMANCHE AU VENDREDI 5 NUITS Séjour 5 : 19 au 24 août 8 à 12 ans <input type="checkbox"/>	LUNDI AU SAMEDI 5 NUITS 2A : 9 au 14 juillet 6-7 ans <input type="checkbox"/> 3A : 23 au 28 juillet 6-7 ans <input type="checkbox"/>	SAMEDI AU VENDREDI 6 NUITS 2B : 14 au 20 juillet 6-7 ans <input type="checkbox"/> 3B : 28 juillet au 3 août 6-7 ans <input type="checkbox"/>

RENSEIGNEMENTS SUR LES ENFANTS :			
1. Prénom et nom de l'enfant :	Âge :	Sexe de l'enfant F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	
Code de transport :	Date de naissance (JJ/MM/AAAA) :	Diagnostic :	
2. Prénom et nom de l'enfant :	Âge :	Sexe de l'enfant F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	
Code de transport :	Date de naissance (JJ/MM/AAAA) :	Diagnostic :	
3. Prénom et nom de l'enfant :	Âge :	Sexe de l'enfant F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	
Code de transport :	Date de naissance (JJ/MM/AAAA) :	Diagnostic :	
4. Prénom et nom de l'enfant :	Âge :	Sexe de l'enfant F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	
Code de transport :	Date de naissance (JJ/MM/AAAA) :	Diagnostic :	

Une fois complétée, veuillez retourner cette fiche par télécopieur au 450 226-5936,
par courriel à camp@bpabondepart.ca
ou appuyez sur le bouton «[envoyer le formulaire](#)»