



Inscription été 2018
Du 23 au 27 juillet 2018
Complexe sportif de Longueuil
550 Curé-Poirier Ouest
Longueuil, J4J 2H6

Paiements : (la réception du/des chèques confirmeront l'inscription)

Inscription	1 ^{er} chèque	2 ^{ième} chèque	Total
En un versement	415.00\$	-	415.00\$
En deux versements	190.00\$	225.00\$ (daté du 1 juin 2018)	415.00\$

Faire le ou les chèques au nom de: **Camp de ringuette PASSION**

Conditions :

En cas d'annulation de l'inscription, 190.00\$ sera retenu pour frais d'annulation.

Par contre, si l'annulation est due à une cause médicale et qu'il y a une justification officielle signée d'un médecin, il y aura remboursement de l'inscription, mais 25\$ seront retenus pour frais d'annulation.

Signature : _____

Autorisation :

J'autorise le camp de ringuette PASSION à prendre des photos et des vidéos.

Signature : _____

Envoie des documents :

Poster la fiche d'inscription (2 pages) ainsi que le ou les chèques au :

Camp de ringuette PASSION
301 ch. Du Richelieu
St-Basile-Le-Grand, QC, J3N 1M4

FICHE DE SANTÉ (URGENCE)

Prénom et nom de la joueuse : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Date de naissance : jour _____ mois _____ année _____

Numéro d'assurance maladie : _____ **Date d'expiration :** _____

Personne à rejoindre en cas d'urgence :

#1- Nom : _____ **Prénom :** _____

Téléphone : maison _____ Cellulaire _____

Travail _____ #poste _____

#2- Nom : _____ **Prénom :** _____

Téléphone : maison _____ Cellulaire _____

Travail _____ #poste _____

#3- Nom : _____ **Prénom :** _____

Téléphone : maison _____ Cellulaire _____

Travail _____ #poste _____

Votre fille souffre-t-elle de :

Diabète, Allergie, Asthme, Épilepsie, Troubles cardiaques, Autres : _____

Médicaments : _____

Procédure : _____

Nom de votre médecin : _____

En signant la présente, j'autorise les responsables du CAMP DE RINGUETTE PASSION à prodiguer tous les soins infirmiers nécessaires. J'autorise également les responsables du CAMP DE RINGUETTE PASSION à transporter ma fille par ambulance ou autrement, dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire. De plus, s'il est impossible de nous joindre, j'autorise le médecin et le personnel infirmier à prodiguer à ma fille tous les soins médicaux nécessaires.

Signature d'un parent : _____ Date : _____

Nom du parent : _____
