

Bulletin d'inscription

T.P.S. : 884364712
T.V.Q. : 1088600050
No. Entreprise : 1149888340

INFORMATIONS DE L'ENFANT

Nom de l'enfant _____ Prénom de l'enfant _____ Âge _____
 Adresse civique _____
 Ville _____ Province _____ Code Postal _____

INFORMATIONS DES PARENTS

Nom (mère) _____ Prénom (mère) _____
 Tél. maison (mère) _____ Tél. travail (mère) _____ Cellulaire (mère) _____
 Nom (père) _____ Prénom (père) _____
 Tél. maison (père) _____ Tél. travail (père) _____ Cellulaire (père) _____
 Courriel (mère) _____ Courriel (père) _____

INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

No. assurance maladie de l'enfant _____ Date d'exp. _____ Date de naissance _____
 Nom de la personne pour reçus aux fins d'impôt _____ No. assurance social (pour relevé 24) _____

SEMAINES DE CAMP DE JOUR

	ASG	SSG	Payé
1. Du 27 juin au 02 juillet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Du 5 au 9 juillet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Du 12 au 16 juillet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Du 19 au 23 juillet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Du 26 au 30 juillet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Du 2 au 6 août	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Du 9 au 13 août	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Du 16 au 20 août	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Du 23 au 27 août	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TARIFS ET RABAIS

1 à 4 semaines :
 SANS Service de garde (SSG) 175 \$ + tx
 AVEC Service de garde (ASG) 205 \$ + tx
5 à 9 semaines :
 SANS Service de garde (SSG) 160 \$ + tx
 AVEC Service de garde (ASG) 185 \$ + tx
À la journée* :
 50 \$ + tx (SSG)
 60 \$ + tx (ASG)
 * Supplément de 25 \$ + tx pour la sortie si le forfait est à la journée.
Rabais famille : 2^e membre 15% 3^e membre 25%
 4^e membre 50% CCN/CDM 10%

Signature du responsable légal : _____

DÉTAILS DES PAIEMENTS AU VERSO

PRÉLÈVEMENTS SUR CARTE DE CRÉDIT

Nom sur la carte : _____

No. de la carte : _____ Exp. : _____

Ne pas remplir cette section, réservée à l'administration

SEMAINES DE CAMP DE JOUR ÉTÉ 2009

1.	X	-	=	+	+	=		
NBRE	MONTANT	RABAIS	SOUS-TOTAL	TPS	TVQ	TOTAL	MODE	
2.	X	-	=	+	+	=		
NBRE	MONTANT	RABAIS	SOUS-TOTAL	TPS	TVQ	TOTAL	MODE	
3.	X	-	=	+	+	=		
NBRE	MONTANT	RABAIS	SOUS-TOTAL	TPS	TVQ	TOTAL	MODE	
4.	X	-	=	+	+	=		
NBRE	MONTANT	RABAIS	SOUS-TOTAL	TPS	TVQ	TOTAL	MODE	
5.	X	-	=	+	+	=		
NBRE	MONTANT	RABAIS	SOUS-TOTAL	TPS	TVQ	TOTAL	MODE	
6.	X	-	=	+	+	=		
NBRE	MONTANT	RABAIS	SOUS-TOTAL	TPS	TVQ	TOTAL	MODE	
7.	X	-	=	+	+	=		
NBRE	MONTANT	RABAIS	SOUS-TOTAL	TPS	TVQ	TOTAL	MODE	
8.	X	-	=	+	+	=		
NBRE	MONTANT	RABAIS	SOUS-TOTAL	TPS	TVQ	TOTAL	MODE	
9.	X	-	=	+	+	=		
NBRE	MONTANT	RABAIS	SOUS-TOTAL	TPS	TVQ	TOTAL	MODE	
10.	X	-	=	+	+	=		
NBRE	MONTANT	RABAIS	SOUS-TOTAL	TPS	TVQ	TOTAL	MODE	

TOTAL CAMP DE JOUR

_____ \$ taxes incluses