

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. _____
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 22 au 26 juin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Du 29 juin au 3 juillet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Du 6 au 10 juillet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Du 13 au 17 juillet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Du 20 au 24 juillet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Du 27 au 31 juillet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Du 3 au 7 août	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Du 10 au 14 août	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Du 17 au 21 août	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Du 24 au 28 août	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TARIFS ET RABAIS

1 à 5 semaines :
AVEC Service de garde (ASG) 205 \$ + tx
SANS Service de garde (SSG) 175 \$ + tx

6 à 10 semaines :
AVEC Service de garde (ASG) 185 \$ + tx
SANS Service de garde (SSG) 160 \$ + 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