

CAMP DE SEJOUR 2010

FORMULAIRE D'INSCRIPTION (personne autiste)*

IDENTIFICATION	
Nom :	Prénom :
Âge :	Date de naissance :
Poids :	Grandeur :
Couleur des cheveux	Couleur des yeux
No d'assurance-maladie :	Date d'échéance de la carte :
Adresse Nom du parent : _____ Adresse : _____ Ville : _____ Code postal : _____ Tél.: _____ - _____	Personne à qui référer en cas d'urgence (nommer une autre personne si nous ne pouvons rejoindre le parent) Nom: _____ Lien avec le participant: _____ Tél. : _____ - _____
Quel école ou milieu l'usager fréquente-t-il hebdomadairement :	
SEMAINES DE FREQUENTATION DEMANDEES	Cochez la semaine choisie
Semaine du 15 au 20 août 2010 (adultes de 13 ans et +)	
Semaine du 22 au 27 août 2010 (enfants de 6-12 ans)	

Facturation à : _____

Si payé par un organisme, S.V.P. indiquez le nom, l'adresse et aux soins de qui la facture doit être envoyée.

* Les personnes retenues pour le camp de séjour qui ne fréquentent pas le camp L'Escapade recevront une fiche d'information plus complète, qu'ils devront nous retourner. Aussi, en cas d'exception, il se peut que votre enfant soit affecté à un groupe plus jeune ou plus vieux que son âge. Nous nous baserons alors sur ses intérêts. Vous en serez avisé lors de la confirmation.