

## Formulaire d'inscription - Service des loisirs et des parcs

Saison et année

POUR S'INSCRIRE AU CAMP DE JOUR, VEUILLEZ COMPLÉTER L'INFORMATION DEMANDÉ AU VERSO

Nom de famille de(s) participant(s):		
Adresse :		
Ville :	Code Postal:	Médical / santé / allergies :
Téléphone (domicile) :		Téléphone (travail) :
Cellulaire :		Courriel :
Veillez remplir cette section pour tout participant âgé de moins de 18 ans.		
Nom de famille (mère) :	Prénom :	Téléphone :
Nom de famille (père) :	Prénom :	Téléphone :

Prénom	M / F	Date de naissance (j/m/a)	No. de carte d'assurance maladie et la date d'expiration	Nom du programme	Jour / horaire	Niveau	Frais
<b>TOTAL</b>							

### RENONCIATION - CONDITIONS DE PARTICIPATION À TOUT PROGRAMME DU SERVICE DES LOISIRS ET DES PARCS

**Risques/décharge :** En tant que condition de la présence dans/l'utilisation d'une installation de la Ville de Côte Saint-Luc (la "Ville") ou de la participation à une activité/un programme de la Ville, j'assume par la présente tous les risques liés, directs et indirects, prévisibles et imprévisibles, pour moi-même et pour mon enfant mineur. Je libère par la présente la Ville, ses officiels élus, employés, agents, entrepreneurs, et bénévoles, et leurs successeurs (ci-après collectivement les "Renonciataires") de, et renonce à, toute revendication et responsabilité, de quelque nature que ce soit, à quelque date que ce soit, pour perte(y compris vol), dommage ou blessure corporelle, qui puisse arriver à ma personne ou propriété ou à la personne ou propriété de mon enfant mineur. J'accepte de défendre, indemniser et dégager les Renonciataires de toute responsabilité liée à une telle revendication, en capital, intérêts et frais. **Urgence :** Si un représentant de la Ville considère qu'il y a une urgence médicale qui m'affecte ou qui affecte mon enfant mineur, je l'autorise d'appeler 9-1-1 et/ou les SMU pour solliciter des services policiers, ambulanciers ou des services médicaux d'urgence et je permets à la Ville d'accorder des soins médicaux d'urgence (y compris médicaments/traitement) à mes seuls risques et périls, et la décharge ci-dessous s'appliquera. **État de santé :** Je m'engage à compléter un formulaire distinct fourni par la Ville (lorsque demandé) et d'y déclarer toutes mes affections médicales, d'inscrire mon numéro d'assurance maladie, mon numéro de cellulaire et une personne de contact en cas d'urgence avec son numéro de téléphone, la Ville n'ayant aucune responsabilité quant aux affections médicales préexistantes. Moi ou mon enfant mineur ne participerons pas à un programme ou activité de la Ville quand les symptômes d'une maladie sont présents. Si on me demande de quitter les lieux/me retirer ou de venir chercher/retirer mon enfant pour des raisons de conduite ou de maladie, je vais me conformer aussitôt, et cela sans dispute et sans avoir droit à un remboursement. **Utilisation de l'image, etc. :** La Ville aura le droit de me photographier ou de prendre des images vidéo avec moi ou mon enfant mineur et pourra utiliser les images, les clips audio, les photos et/ou les films, de moi ou de mon enfant mineur, à sa seule discrétion, dans tous les médias à perpétuité, sans paiement ou consentement additionnel. Je renonce par la présente à mes/droits moraux et je cède les droits d'auteur en cet égard à la faveur de la Ville. **Fausse information:** Toute fausse information fournie en tout temps à la Ville mènera à l'annulation de cette inscription, sans recours ou pénalité contre, ou remboursement par la Ville. **Paiement complet et politique de remboursement:** Je reconnais que le paiement complet est requis avec l'inscription et avant le début de ou la participation à tout(e) programme ou activité de la Ville. Je reconnais que je n'ai aucun droit de remboursement des montants payés, sauf si prévu par les politiques de la Ville publiées par celle-ci à la date du paiement.

### POLITIQUE GÉNÉRALE DE REMBOURSEMENT

Tout remboursement est à l'entière discrétion de la Ville de Côte Saint-Luc. Toute demande de remboursement sera prise en considération uniquement si celle-ci est reçue par écrit et avant que le premier tiers du programme ne soit écoulé, sauf dans le cas d'une demande de remboursement pour raison médicale. Tout remboursement sera sujet à des frais administratifs de 20 % du coût total du programme et sera calculé au prorata de la date à laquelle la Ville de Côte Saint-Luc reçoit la demande écrite de remboursement. La politique ci-dessus s'applique à tous les programmes de loisirs administrés par la Ville de Côte Saint-Luc (sauf les programmes de camps de jour et de groupes de jeux). Pour visionner la politique de remboursement au complet, veuillez consulter la brochure des loisirs et des parcs, ou notre site web ([www.cotesaintluc.org](http://www.cotesaintluc.org)).

#### Mode de paiement

Veillez préparer les chèques à l'ordre de la Ville de Côte Saint-Luc

Comptant: \_\_\_\_\_ Chèque: \_\_\_\_\_ Interac: \_\_\_\_\_ Visa: \_\_\_\_\_ MasterCard: \_\_\_\_\_

No. de la carte \_\_\_\_\_ Exp. \_\_\_\_\_

Nom de détenteur de la carte : \_\_\_\_\_

Reconnaissance d'abandon de recours - <i>Le refus de signer mènera à l'annulation de mon inscription et/ou participation.</i>	
Nom _____ (en caractères d'imprimerie)	Nom de l'enfant mineur _____ (si applicable)
Signature _____	Date _____

**Veillez compléter l'information ci-dessous**

<input type="checkbox"/> <b>Camp sportif</b> Dernier écusson obtenu: _____	<input type="checkbox"/> Session A 23 juin au 4 juillet
<input type="checkbox"/> <b>Camp de création artistique Trudeau</b> Dernier écusson obtenu: _____	<input type="checkbox"/> Session B 7 juillet au 18 juillet
<input type="checkbox"/> <b>Programme M.E.F.</b> Groupe d'âge pour stage: _____ Dans quel parc: _____	<input type="checkbox"/> Session C 21 juillet au 1 août
	<input type="checkbox"/> Session D 4 août au 15 août

**Camp Aventure Dynamix Kidvivor**  
18 août au 22 août

Frais de session:	\$
<input type="checkbox"/> Service de garde (matin):	\$
<input type="checkbox"/> Service de garde (après-midi):	\$
<b>Coût Total:</b>	\$

**Information médicale (veuillez compléter pour chaque participant)**

Nom du participant	Allergies à des médicaments (spécifier svp)	Allergies à certains aliments ou des autres allergies (spécifier svp)	Des problèmes de nature physique ou émotionnelle (spécifier svp)	S.V.P. décrivez votre enfant (personnalité : timide, active, calme)
1.	___ non ___ oui	___ non ___ oui	___ non ___ oui	
2.	___ non ___ oui	___ non ___ oui	___ non ___ oui	
3.	___ non ___ oui	___ non ___ oui	___ non ___ oui	

**En cas d'urgence, prévenir (autres que les parents)**

Nom	Relation avec l'enfant	Téléphone 1	Téléphone 2
1.			
2.			

**Personne autorisée à venir chercher l'enfant (les enfants) autre que les parents**

Nom	Relation avec l'enfant
1.	
2.	

**Pour fins fiscales — Relevé 24 - Veuillez inscrire le numéro d'assurance sociale et le nom du parent qui réclamera les frais de garde**

Numéro d'assurance sociale	Nom de famille	Prénom
/ /		