



Le Ranch Massawippi inc.

1695, 8^e Rang Est, Roxton Pond (Québec) J0E 1Z0

TÉLÉPHONE: (450) 777-4511

WWW.MONCAMP.COM

Plus de **45** ans de **sourires** d'enfants!

Photo récente de l'enfant **obligatoire** signature au verso

FICHE D'INSCRIPTION 2010

NO.:

SEMAINE

1	2	3	4	
5	6	7	8	9

Nom : Prénom : Sexe : M F

Adresse :

Ville : Prov. : Code postal :

Ancien(ne) : Nouveau(elle) : Date de naissance : J / M / A Âge (à la date du séjour) :

Expérience équestre (selle classique): aucune pas trot galop obstacle

Référé par : amis répertoire des camps internet journal/revue : spécifiez :

Nom (père) : Prénom : Profession :

Tél. rés. père : () Tél. bur. père : () Tél. cellulaire père : ()

Nom (mère) : Prénom : Profession :

Tél. rés. mère : () Tél. bur. mère : () Tél. cellulaire mère : ()

Courriel des parents :

Reçu d'impôt à : # ass.-sociale :

CAMPS DE JOUR ÉTÉ 2010 COCHEZ VOTRE CHOIX

* programme 5 et 6 ans incluant trois activités équestres

** programme 7 à 12 ans incluant 2 techniques équestres et 3 cours d'équitation

<input type="checkbox"/> 1 ^{er}	jeudi 24 juin et vendredi 25 juin	(5 et 6 ans*)	74\$	___	(7 à 12 ans**)	82\$	___
<input type="checkbox"/> 2 ^e	lundi 28 juin au vendredi 2 juillet	(5 et 6 ans*)	180\$	___	(7 à 12 ans**)	200\$	___
<input type="checkbox"/> 3 ^e	lundi 5 juillet au vendredi 9 juillet	(5 et 6 ans*)	180\$	___	(7 à 12 ans**)	200\$	___
<input type="checkbox"/> 4 ^e	lundi 12 juillet au vendredi 16 juillet	(5 et 6 ans*)	180\$	___	(7 à 12 ans**)	200\$	___
<input type="checkbox"/> 5 ^e	lundi 19 juillet au vendredi 23 juillet	(5 et 6 ans*)	180\$	___	(7 à 12 ans**)	200\$	___
<input type="checkbox"/> 6 ^e	lundi 26 juillet au vendredi 30 juillet	(5 et 6 ans*)	180\$	___	(7 à 12 ans**)	200\$	___
<input type="checkbox"/> 7 ^e	lundi 2 août au vendredi 6 août	(5 et 6 ans*)	180\$	___	(7 à 12 ans**)	200\$	___
<input type="checkbox"/> 8 ^e	lundi 9 août au vendredi 13 août	(5 et 6 ans*)	180\$	___	(7 à 12 ans**)	200\$	___
<input type="checkbox"/> 9 ^e	lundi 16 août au vendredi 20 août	(5 et 6 ans*)	180\$	___	(7 à 12 ans**)	270\$	___

Escompte familial pour tout enfant additionnel d'une même famille

Moins : 15\$ par semaine (— _____)

OPTION REPAS COCHEZ VOTRE CHOIX

Le service de cafétéria pour le dîner est offert au coût de 30\$ par semaine.

- Semaine 1 Semaine 3 Semaine 5 Semaine 7 Semaine 9
 Semaine 2 Semaine 4 Semaine 6 Semaine 8

Total option repas _____

OPTION ÉQUITATION-PLUS (7-12 ANS) COCHEZ VOTRE CHOIX

(2 cours d'équitation supplémentaires) ajoutez \$70 par semaine

- Semaine 1 Semaine 3 Semaine 5 Semaine 7 Semaine 9 (inclus)
 Semaine 2 Semaine 4 Semaine 6 Semaine 8

Total option équitation-plus _____

OPTION PASSION ÉQUITATION (9-12 ANS) COCHEZ VOTRE CHOIX

(Immersion équestre toute la journée) ajoutez \$225 par semaine

- Semaine 2 Semaine 4 Semaine 6 Semaine 8

Total option passion équitation _____

Autre montant à ajouter ou à soustraire s'il y a lieu spécifiez : _____

Total _____

T.P.S. et T.V.Q. en sus (x 0.12875) _____

Grand Total _____

Moins : Montant à verser à la date de l'inscription (50\$ par semaine choisie) _____

Solde : Insérez un chèque daté du 1^{er} juin 2010 couvrant le **solde** _____

INFORMATIONS...

SIGNATURE OBLIGATOIRE

CONDITIONS D'ADMISSION

Compléter la fiche d'inscription et la fiche médicale (verso), avec signature obligatoire du père ou de la mère. Inclure une photo récente de l'enfant.

Inclure la somme de 50.00\$ par semaine choisie (non remboursable) pour réserver la place de votre enfant. Cette somme est déductible du coût total du séjour. Insérer un chèque postdaté pour le ou avant le 1^{er} juin 2010, couvrant le solde à payer, à l'ordre de : Le Ranch Massawippi inc.

Le futur Ranchéro ou la Ranchéra se doit d'être bien intentionné(e), bien préparé(e) et en bonne santé.

J'autorise le camp et l'Association des Camps du Québec à utiliser des photos et/ou des films sur les activités de mon enfant pour des fins publicitaires.

REMBOURSEMENT

Si annulation, pour cause de maladie seulement, et sur présentation d'une attestation médicale, le Ranch Massawippi remboursera le montant équivalent à la semaine non séjournée au camp, moins 50.00\$ par semaine couvrant les frais inhérents.

La Direction se réserve le droit de retourner un enfant à la maison durant son séjour, et ce, sans remboursement si sa conduite est jugée inacceptable dans les meilleurs intérêts du Ranch.

Signature _____

Nom en lettres moulées _____ Date _____

HEURE D'ARRIVÉE AU CAMP

L'arrivée des campeurs s'effectue entre 7h30 et 9h00.

RETOUR À LA MAISON

Le retour à la maison s'effectue entre 16h30 et 17h30.

MODE DE PAIEMENT (cochez les 2 cases appropriées)

Dépôt de réservation Chèque Carte de crédit
Solde (payable au 1^{er} juin 2010 ou avant) Chèque Carte de crédit

CARTE DE CRÉDIT: Visa MasterCard

NB: Si vous payez le solde par chèque postdaté, veuillez nous le faire parvenir en même temps que cette fiche d'inscription.

À remplir seulement si vous effectuez un paiement par carte de crédit.

Nom du détenteur de la carte _____

Numéro de la carte de crédit _____

Expiration (mm/aa) _____ Prelever le solde: le 1^{er} juin 2010 immédiatement

À L'USAGE DU BUREAU SEULEMENT

Date	Coût	# Dépot	Acompte	Solde



Le Ranch Massawippi inc.
1695, 8^e Rang Est, Roxton Pond (Québec) J0E 1Z0
TÉLÉPHONE: (450) 777-4511
WWW.MONCAMP.COM

Plus de **45** ans de **sourires** d'enfants!

FICHE SANTÉ

À REMPLIR PAR LES PARENTS

Nom de l'enfant: _____

No. d'assurance-maladie: _____

Date d'expiration: _____

Autres personnes à contacter en cas d'urgence et si dans l'impossibilité de vous rejoindre: _____

1. Lien de parenté: _____ Tél.: () _____

2. Lien de parenté: _____ Tél.: () _____

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

A-t-il (elle) déjà eu ?

Souffre-t-il (elle) ?

	oui	non
Otite:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oreillons:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varicelle:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rougeole:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scarlatine:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	oui	non
Asthme:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hernies:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Épilepsie:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Précisez: _____

Précisez: _____

Vaccinations

	oui	non
Rougeole:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rubéole:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oreillons:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Méningite:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DCT:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Polio:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Allergies

	oui	non
Fièvre des foins:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herbes à poux:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Piqûres d'insectes:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Animaux:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pénicilline:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres médicaments*:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergies alimentaires*:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Précisez *: _____

Dans le cas d'une allergie au gluten ou aux produits laitiers, apportez les aliments de remplacement. (ex. : pain, lait, etc.)

Votre enfant est-il hyperactif? oui non

Votre enfant prend-il des médicaments? oui non

Nom des médicaments: _____

Posologie: _____

Apportez les médicaments d'ordonnance dans le contenant d'origine avec la posologie de la pharmacie.

AUTORISATION DES PARENTS

En signant la présente, j'autorise la direction du camp à prodiguer à mon enfant tous les soins infirmiers nécessaires.

Si la direction le juge nécessaire, je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement, dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire. De plus, s'il est impossible de me joindre, j'autorise le médecin choisi par les autorités du camp à prodiguer à mon enfant séjournant au camp, tous les soins médicaux requis par son état, y compris la pratique d'une intervention chirurgicale, des injections, l'anesthésie et l'hospitalisation.

Signature du parent ou tuteur _____

Nom en lettres moulées _____ Date _____

SI VOTRE ENFANT A UNE DOSE D'ADRÉNALINE

J'autorise les personnes désignées par le camp à administrer, selon le besoin, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline suivante à mon enfant.

_____ cc.

Signature du parent ou tuteur _____

SVP Mettre la carte d'assurance- maladie dans les bagages. Voir la direction pour tout médicament spécial. Prévoir sirop, pastilles, crème solaire. En cas de maladie, retarder l'entrée de quelques jours et nous en aviser.