



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!

Apposer ici photo récente de l'enfant obligatoire

FICHE D'INSCRIPTION 2010

NO.:

SÉJOUR

1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14

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

T-Shirt (gracieuseté du camp) : ENFANT petit moyen grand ADULTE petit moyen grand Xgrand

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 :

SÉJOURS ÉTÉ 2010 COCHEZ VOTRE CHOIX

<input type="checkbox"/> 1 ^{er}	mer. 23 juin 19h au	sam. 3 juillet	11 jrs.	7 à 14 ans	1255\$	_____
<input type="checkbox"/> 2 ^e	mer. 23 juin 19h au	dim. 27 juin	5 jrs.	7 à 14 ans	570\$	_____
<input type="checkbox"/> 3 ^e	dim. 27 juin au	sam. 3 juil.	7 jrs.	7 à 14 ans	795\$	_____
<input type="checkbox"/> 4 ^e	mar. 6 juil. au	sam. 17 juil.	12 jrs.	7 à 14 ans	1370\$	_____
<input type="checkbox"/> 5 ^e	mar. 6 juil. au	dim. 11 juil.	6 jrs.	7 à 14 ans	685\$	_____
<input type="checkbox"/> 6 ^e	dim. 11 juil. au	sam. 17 juil.	7 jrs.	7 à 14 ans	795\$	_____
<input type="checkbox"/> 7 ^e	mar. 20 juil. au	sam. 31 juil.	12 jrs.	7 à 14 ans	1370\$	_____
<input type="checkbox"/> 8 ^e	mar. 20 juil. au	dim. 25 juil.	6 jrs.	7 à 14 ans	685\$	_____
<input type="checkbox"/> 9 ^e	dim. 25 juil. au	sam. 31 juil.	7 jrs.	7 à 14 ans	795\$	_____
<input type="checkbox"/> 10 ^e	mar. 3 août au	sam. 14 août	12 jrs.	7 à 14 ans	1370\$	_____
<input type="checkbox"/> 11 ^e	mar. 3 août au	dim. 8 août	6 jrs.	7 à 14 ans	685\$	_____
<input type="checkbox"/> 12 ^e	dim. 8 août au	sam. 14 août	7 jrs.	7 à 14 ans	795\$	_____
<input type="checkbox"/> 13 ^e	dim. 15 août au ven. 20 août 17h30	6 jrs.	7 à 14 ans	685\$	_____	
<input type="checkbox"/> Camp voltige	ven. 20 août au dim. 22 août	3 jrs.	7 à 14 ans	295\$	_____	

Escompte familial pour tout enfant additionnel d'une même famille
Moins : 50\$/séjour de 5, 6 ou 7 jours 100\$/séjour de 11 ou 12 jours (-)

OPTION PASSION ÉQUITATION 9 à 16 ans

Séjour 3, 6, 9 et 12 (immersion équestre toute la journée) ajoutez 250\$ _____

OPTION ÉQUITATION-PLUS 7 à 14 ans

Séjour 1, 4, 7 et 10 (9 cours supplémentaires) ajoutez 315\$ _____

Séjour 3, 6, 9 et 12 (5 cours supplémentaires) ajoutez 175\$ _____

Séjour 2, 5, 8 et 11 (4 cours supplémentaires) ajoutez 140\$ _____

PROGRAMME SPÉCIAL ADOS 15 et 16 ans

Séjour 7 ajoutez 225\$ _____

EXAMEN DE LA FEQ (cavalier 1 à 6)

ajoutez 150\$ _____

JOURNÉES INTER-CAMP

Arrivée le dimanche (entre 14h et 15h) au lieu du mardi 200\$ _____

Arrivée le samedi (entre 14h et 15h) au lieu du mardi 300\$ _____

Arrivée soirée précédente (entre 19h et 20h) au lieu du mardi 75\$ _____

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 (non remboursable) (- 200.00\$)

Solde : Insérez un chèque daté du 1^{er} mai 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 200.00\$ (non remboursable) pour réserver la place de votre enfant. Cette somme est déductible du coût total du séjour.

Insérer votre paiement (chèque ou carte de crédit) daté pour le ou avant le 1^{er} mai 2010, couvrant le solde à payer. Faire vos chèques à l'ordre de : Le Ranch Massawippi inc.

L'enfant s'engage également à ne pas fumer. Il faut que le futur Ranchéro ou la Ranchéra soit 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 période non séjournée au camp, moins 200.00\$ 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 obligatoire _____

Nom en lettres moulées _____ Date _____

MODE DE PAIEMENT (cochez les 2 cases appropriées)

Dépôt de réservation de 200\$ Chèque Carte de crédit

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

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

CARTE DE CRÉDIT : Visa MasterCard

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) _____ Prélever le solde : le 1^{er} mai 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 ?

	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"/>

Précisez: _____

Souffre-t-il (elle) ?

	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: _____

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

SIGNATURE OBLIGATOIRE

En signant la présente, j'autorise la direction du camp à prodiguer 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 obligatoire 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.