



17 000, avenue des Golfeurs
Saint-Hyacinthe (Québec) J2T 0C6
450 250-5463
info@centreadn.com
www.centreadn.com

CAMP DE JOUR ADN

Nom de l'enfant: _____		Âge: _____	
Nom du parent: _____		Tél.: _____	
Personne ressource en cas d'urgence: _____ <i>(si autre que parent)</i>		Tél.: _____	
Courriel: _____	<input type="radio"/> J'aimerais être tenu au courant des différentes activités du Centre ADN par courriel		
Comment avez-vous entendu parler du Camp de jour ADN? <input type="radio"/> Internet <input type="radio"/> Facebook <input type="radio"/> Autre (précisez) _____			
Votre enfant a-t-il des allergies?		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
Si oui, laquelle ou lesquelles? _____			
Votre enfant a-t-il une ou des blessures / conditions particulières que nous devrions connaître ?		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
Si oui, laquelle ou lesquelles? _____			
CHOIX			
Journée Pédagogique	9h00 à 15h00	30,44\$ + tx	Total: 35,00\$
Service de garde 3\$/hre	7h00 à 9h00	___ Nbre hres X (2,61\$ + tx = 3\$)	Total: _____
	15h00 à 17h00	___ Nbre hres X (2,61\$ + tx = 3\$)	Total: _____
Service de garde avant-midi et après-midi		10\$	Total: _____
			Grand total: _____

- J'accepte que mon enfant soit pris en photo ou vidéo par le Centre ADN dans le cadre de la journée Camp de jour. (Ces photos/vidéos serviront seulement à la publicité pour le Centre ADN).

Signature : _____ Date : _____