



Camp
d'été

2015

Formulaire d'inscription

AMÉLIORATION DES COMPÉTENCES EN LECTURE ET EN ÉCRITURE

**DU 6 AU 22
JUILLET 2015**

de 8 h 30
à 12 h 30

**École élémentaire catholique
Sainte-Trinité, ROCKLAND**

Nom de l'enfant : _____

Année d'études : jardin 1^e année 2^e année
 3^e année 4^e année 5^e année

Date de naissance : _____
(JJ / MM / AAAA)

Adresse à la maison : _____
N° de téléphone à la maison _____

Parent ou tuteur _____ N° de téléphone au travail _____

Première personne avec qui communiquer si aucune réponse à la maison N° de téléphone _____

Deuxième personne avec qui communiquer si aucune réponse à la maison N° de téléphone _____

Nom et numéro de téléphone du médecin de famille N° de carte d'assurance-santé _____

Votre enfant souffre-t-il d'allergies (p. ex., nourriture, environnement, médicaments)? **Spécifiez lesquelles :**

Si votre enfant reçoit des soins d'un médecin (p. ex., pour le diabète, l'épilepsie, la paralysie cérébrale, l'asthme, etc.),
donnez des détails et notez toutes les précautions à prendre :

Le transport de l'enfant avant et après le camp, est la responsabilité des parents. Veuillez cocher que vous êtes conscient de cette responsabilité.
Je suis conscient que je suis responsable du transport aller et retour de mon enfant.

**Veuillez noter que ce camp est un privilège pour votre enfant. En cas de non-respect du code de conduite de l'école,
l'enseignante ou l'enseignant peut, après avertissement, retirer votre enfant du programme.**

Signature du parent ou tuteur

Date

Réservez la place de votre enfant **17 avril 2015**
en retournant ce formulaire à l'école.

csdceo.ca
1 800 204-4098

Ensemble, nous faisons toute une différence!



Conseil scolaire de
district catholique
de l'Est ontarien



Formulaire d'inscription

AMÉLIORATION DES COMPÉTENCES EN MATHÉMATIQUES

DU 6 AU 22 | de 8 h 30 | École élémentaire catholique
JUILLET 2015 | à 12 h 30 | Sainte-Trinité, ROCKLAND

Nom de l'enfant : _____

Année d'études : jardin 1^e année 2^e année
 3^e année 4^e année 5^e année

Date de naissance : _____
(JJ / MM / AAAA)

Adresse à la maison : _____
N° de téléphone à la maison _____

Parent ou tuteur _____ N° de téléphone au travail _____

Première personne avec qui communiquer si aucune réponse à la maison N° de téléphone _____

Deuxième personne avec qui communiquer si aucune réponse à la maison N° de téléphone _____

Nom et numéro de téléphone du médecin de famille N° de carte d'assurance-santé _____

Votre enfant souffre-t-il d'allergies (p. ex., nourriture, environnement, médicaments)? Spécifiez lesquelles :

Si votre enfant reçoit des soins d'un médecin (p. ex., pour le diabète, l'épilepsie, la paralysie cérébrale, l'asthme, etc.),
donnez des détails et notez toutes les précautions à prendre :

Le transport de l'enfant avant et après le camp, est la responsabilité des parents. Veuillez cocher que vous êtes conscient de cette responsabilité.
Je suis conscient que je suis responsable du transport aller et retour de mon enfant.

**Veuillez noter que ce camp est un privilège pour votre enfant. En cas de non-respect du code de conduite de l'école,
l'enseignante ou l'enseignant peut, après avertissement, retirer votre enfant du programme.**

Signature du parent ou tuteur

Date

Réservez la place de votre enfant **17 avril 2015**
en retournant ce formulaire à l'école.

csdceo.ca
1 800 204-4098

Ensemble, nous faisons toute une différence!



Conseil scolaire de
district catholique
de l'Est ontarien