



## INSCRIPTION Camp de jour 2019

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ (jour) \_\_\_\_\_ (cellulaire)

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Expérience : \_\_\_\_\_

Nom du père : \_\_\_\_\_ Prénom du père : \_\_\_\_\_

Nom de la mère : \_\_\_\_\_ Prénom de la mère : \_\_\_\_\_

NAS pour reçu impôt : \_\_\_\_\_ Mère  Père 



1 au 5 juillet 2019



15 au 19 juillet 2018



29 juillet au 3 août 2018



13 au 17 août 2019

Nombre de semaine



Inscrire les dates de présences: \_\_\_\_\_

Montant 435.00 \$

90.00 \$

TPS 5% 21.75 \$

4.50 \$

TVQ 9.5 % 43.39 \$

8.98 \$

**Total : X 500.14 \$ =** \_\_\_\_\_

**X 103.48 \$ =** \_\_\_\_\_

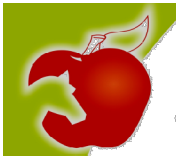
### Conditions :

1. Un dépôt de 200.00\$ non remboursable est requis avec votre formulaire d'inscription dûment signé, la reconnaissance des risques et renonciation ainsi que la fiche de santé.
2. Politique d'annulation : à être discuter avec le propriétaire.
3. L'enfant s'engage à respecter les autres cavaliers, nos animaux, les moniteurs et le site. Si le comportement d'un enfant est jugé inacceptable, la direction s'accorde le droit de le retourner à la maison et ce sans remboursement.

\_\_\_\_\_  
Nom du participant, parent ou tuteur

\_\_\_\_\_  
Signature





## AUTORISATION

Reconnaissance des risques et renonciation :

À titre de participant, parent et/ou détenteur de l'autorité parentale quant à \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (enfant d'âge mineur), je reconnais que la pratique des sports équestres et la participation aux activités du Centre Équestre Mont Rouge comportent des risques inhérents de blessures sérieuses et je tiens indemne et libère sans restriction les propriétaires, enseignants et moniteurs de leur responsabilité à cet égard pour tout dommage, blessure et perte en découlant.

Le soussigné, en son nom ou celui de son enfant et/ou pupille, reconnaît qu'il est physiquement et émotionnellement capable de participer à ces activités, comprend les risques inhérents aux sports équestres, reconnaît l'importance de suivre les règlements et consignes du club, des enseignements et de ses moniteurs. De plus, il s'engage à se retirer immédiatement, lui, son enfant et/ou pupille, des activités du club et en avertir le personnel du club, si sont observées des conditions, situations ou procédures potentiellement dangereuses ou si la condition physique ou mentale du participant se détériorait.

\_\_\_\_\_  
Nom du participant, parent ou tuteur

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Lieu de la signature

\_\_\_\_\_  
Date de la signature

**Note : Nous suggérons aux cavaliers l'adhésion à Cheval Québec (Assurance accident équestre et responsabilité civile non professionnelle)**

**Tarif : Junior - Adulte 62\$ / par année civile. Janvier à décembre.**





## CENTRE EQUESTRE MONT-ROUGE

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_ (cellulaire) \_\_\_\_\_

Numéro d'assurance maladie : \_\_\_\_\_ Date d'expiration : \_\_\_\_\_

### Fiche de santé :

Allergie alimentaire \_\_\_\_\_

Allergie insectes/  chiens  chats  chevaux  autre préciser \_\_\_\_\_

Allergie médicament : \_\_\_\_\_

Autres : \_\_\_\_\_

Médicament : Le nom : \_\_\_\_\_ Posologie : \_\_\_\_\_

### COORDONNÉES D'UNE PERSONNE À REJOINDRE EN CAS D'URGENCE

Nom et prénom \_\_\_\_\_

Tél. résidence : \_\_\_\_\_ Tél. cell : \_\_\_\_\_

### AUTORISATION À INTERVENIR EN CAS D'URGENCE

Je, soussigné, autorise les entraîneurs du Centre équestre Mont Rouge à prodiguer tous les premiers soins nécessaires. J'autorise également le Centre équestre Mont Rouge à prendre la décision dans le cas d'un accident à transporter mon enfant (par ambulance, hélicoptère, 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 d'un parent si mineur : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_