

# \*Camp d'été 2010 en français – Kids

## FORMULAIRE D'INSCRIPTION / REGISTRATION FORM

Du 5 au 16 juillet 2010 – PS 84, 32 92<sup>nd</sup> Street, New York, NY 10025

Prénom et NOM du parent/tuteur : \_\_\_\_\_

Prénom et NOM du participant : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Age : \_\_\_\_\_ Grade : \_\_\_\_\_ Nationalité : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Apt : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Zip : \_\_\_\_\_

Téléphone - Maison : \_\_\_\_\_ Travail : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

E-mail(s) : \_\_\_\_\_

Nom de l'école où est scolarisé votre enfant : \_\_\_\_\_

Si vous souhaitez utiliser le service de garderie, merci de cocher les cases correspondantes :

	Lun 5/7	Mar 6/7	Mer 7/7	Jeu 8/7	Ven 9/7	Lun 12/7	Mar 13/7	Mer 14/7	Jeu 15/7	Ven 16/7
8h30-9h30										
15h30-17h30										

Jeu 8/7 et Lun 12/7 : pas de garderie le matin. Les activités du programme commencent à 8h30 à l'école.

**SCHOLARSHIP : nous offrons des bourses aux familles éligibles : nous contacter par téléphone au 212-439-1438.**

***Votre paiement (ne pas joindre de paiement tout de suite si vous candidatez pour le scholarship) :***

\$650

+ \$20 x \_\_\_\_\_ (jours de garderie matin ET après-midi)

+ \$10 x \_\_\_\_\_ (jours de garderie matin OU après-midi)



**Total : \$ \_\_\_\_\_**

*Parental Consent: I authorize my child to participate in the Summer Camp from July 5th through 16th, 2010 at PS84/ J'autorise mon enfant a participer au Camp d'ete en français du 5 au 16 juillet 2010 a PS84:*

*Date:*

**Renvoyer ce formulaire avec votre paiement (chèque ou *money order* à l'ordre de « FACE ») à l'adresse ci-dessous :**

David Lasserre

French Summer Camp Registration – Kids

972 Fifth Avenue, New York NY 10075

# \*Camp d'été 2010 en français – Kids

## FORMULAIRE SANTE / MEDICAL CONSENT FORM

Child's full name: \_\_\_\_\_

Parent/Guardian's name: \_\_\_\_\_

Child's date of birth: \_\_\_\_\_

Allergies and/or Special diet/health condition: \_\_\_\_\_

Name & phone number of child's physician: \_\_\_\_\_

The following individuals are authorized to pick up the child. Include yourself and any other authorized parent/guardian. If your child will walk unescorted, write the child's name and "self".

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

### EMERGENCY CONTACT

Provide the name & phone # of an emergency contact other than parent/guardian, who is likely to be available during program hours: \_\_\_\_\_

### *Parental authorization and consent:*

I understand that in the event of an emergency affecting my child, I will be contacted and informed as soon as possible. In the event I cannot be reached,

I hereby give permission for my child to be treated or hospitalized by a licensed physician or hospital selected by the program.

Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_