

# Horaire

Mettre un X sous la date à savoir quand le participant sera présent au camp de jour

LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI
26 juin	27 juin	28 juin	29 juin
3 juillet	4 juillet	5 juillet	6 juillet
10 juillet	11 juillet	12 juillet	13 juillet
17 juillet	18 juillet	19 juillet	20 juillet
24 juillet	25 juillet	26 juillet	27 juillet
31 juillet	1 Août	2 Août	3 Août
7 août	8 août	9 août	10 août
14 août	15 août	16 août	17 août

## 4 modes de paiement :

- 1 chèque daté du 26 mai 2017
- 2 chèques datés du 26 mai et 30 juin
- Répit du CIUSSS (CLSC)
- Curateur public

## Information

**Vous devez apporter !**

- dîner FROID
- avec Bloc réfrigérant (Ice pak)
- 2 collations
- maillot de bain
- casque de bain
- serviette
- crème solaire (SPF 30)
- chapeau ou casquette
- médicaments / s'il y a lieu

**et votre sourire !!!**

836, rue St-Charles  
Sherbrooke. Québec  
J1H 4Z2

Téléphone : (819) 569-8112  
FAX : (819) 569-5144  
asdesherbrooke@gmail.com



► **Bonjour  
Chers parents ou  
tuteurs**

Nous sommes rendus à la 23<sup>ème</sup> édition de notre camp de jour à l'association du Syndrome de Down.

Il nous fait donc plaisir de vous remettre ce nouveau programme pour la saison estivale.

Soyez assurés que nous prendrons bien soin de vos proches au niveau de leur bien-être et de leur sécurité encore cette année.

Merci  
La direction  
Louise Meunier

## Information

Lieu de l'activité :  
836, rue St-Charles  
Durée 8 semaines  
26 juin au 17 août 2017  
Heures : 9h00 à 15h30

Ouverture du dossier :  
\$25 administration

\$80 par semaine (4 jours)  
\$640 pour le camp au complet  
Ou encore, ce qui est possible  
\$40 (2 jours /sem.)  
\$320 pour le camp au complet  
mais à deux jours /sem.

Carte de membre obligatoire 15,00  
\$  
Participants : 22 par groupe



Ressources humaines et  
Développement social Canada

Human Resources and  
Social Development Canada

Éducation,  
Loisir et Sport

Québec



## Formulaire d'inscription

Prénom \_\_\_\_\_  
Nom \_\_\_\_\_

No assurance maladie  
\_\_\_\_\_

Date d'expiration \_\_\_\_

Personne à contacter en cas d'urgence

Nom \_\_\_\_\_  
Lien \_\_\_\_\_  
Téléphone \_\_\_\_\_

Allergie  non  oui  
si oui : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

EpiPen  non  oui

Listes des médicaments à prendre durant  
les heures de camp

\_\_\_\_\_ heure \_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ heure \_\_\_\_

Indications spécifiques  Se baigne

\_\_\_\_\_ oui \_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ non \_\_\_\_

