

Formulaire d'inscription au Camp Été fou	
Complétez ce formulaire et retournez-le avec les frais d'inscription à la SFOA	
Prénom/nom de l'enfant autiste :	
Date de naissance :	Grandeur t-shirt :
Adresse postale :	
Nom de la mère :	N° de tél. :
Nom du père :	N° de tél. :
Courriel (mère) :	Père :
En cas d'urgence, prière de communiquer avec :	
1 ^{ère} personne :	N° de tél. :
2 ^e personne :	N° de tél. :
Profil de l'enfant autiste :	
Allergies : Non <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Spécifiez :	
Médicaments :	
Régime alimentaire :	
Intérêts, talents, passe-temps :	
Comportements, sécurité :	
Stratégies gagnantes :	
Renforceurs :	
Formulaire de consentement <i>Je conviens qu'en inscrivant mon enfant au programme Été fou 2017 de la Société franco-ontarienne de l'autisme (SFOA), j'assume librement et en connaissance de cause certains risques de blessures et autres risques juridiques. Les parents, la famille, les héritiers et les exécuteurs testamentaires et leurs administrateurs acceptent d'indemniser la SFOA, ses administrateurs, son personnel, ses bénévoles et les contractants associés au programme, et les dégager de toute responsabilité reliée aux réclamations, aux revendications, aux actions ou causes d'action, aux pertes ou aux dommages que la SFOA pourrait encourir ou dont elle pourrait être responsable à l'égard de blessures que l'enfant pourrait subir ou causer à d'autres en raison de sa négligence ou des actes qu'il aurait commis dans le cadre de sa participation au programme.</i> <i>J'autorise la SFOA à utiliser, publier, transmettre, afficher des photos, des enregistrements vidéo et audio où l'on peut reconnaître mon enfant pour fins promotionnels sans me demander d'approuver les photographies ou les enregistrements vidéo ou audio dans leur forme finale.</i>	
_____	_____
Signature du parent/tuteur	Date

Frais d'inscription : L'enfant ayant un TSA doit s'inscrire pour la durée complète du camp; soit les 4 semaines.

Membre de la SFOA : 1200\$ / enfant autiste pour 4 semaines
 Non-membre : 1400\$ / enfant autiste pour 4 semaines
 Enfant typique : 100\$ / semaine

Inscription de l'ami(e) de l'enfant autiste									
Complétez ce formulaire et retournez-le avec les frais d'inscription à la SFOA									
Veuillez cocher la/les semaine(s) pour lesquelles l'enfant sera présent : <table style="float: right;"> <tr><td>3 - 7 juillet 2017</td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>10 - 14 juillet 2017</td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>17 - 21 juillet 2017</td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>24 - 28 juillet 2017</td><td><input type="radio"/></td></tr> </table>		3 - 7 juillet 2017	<input type="radio"/>	10 - 14 juillet 2017	<input type="radio"/>	17 - 21 juillet 2017	<input type="radio"/>	24 - 28 juillet 2017	<input type="radio"/>
3 - 7 juillet 2017	<input type="radio"/>								
10 - 14 juillet 2017	<input type="radio"/>								
17 - 21 juillet 2017	<input type="radio"/>								
24 - 28 juillet 2017	<input type="radio"/>								
Prénom/nom de l'enfant :									
Date de naissance :	Grandeur t-shirt :								
Adresse postale :									
Nom de la mère :	N° de tél. :								
Nom du père :	N° de tél. :								
Courriel (mère) :	Père :								
En cas d'urgence, prière de communiquer avec :									
1 ^{ère} personne :	N° de tél. :								
2 ^e personne :	N° de tél. :								
Profil de l'enfant :									
Allergies : Non <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Spécifiez :									
Régime alimentaire :									
Intérêts, talents, passe-temps :									
Formulaire de consentement <i>Je conviens qu'en inscrivant mon enfant au programme Été fou 2017 de la Société franco-ontarienne de l'autisme (SFOA), j'assume librement et en connaissance de cause certains risques de blessures et autres risques juridiques. Les parents, la famille, les héritiers et les exécuteurs testamentaires et leurs administrateurs acceptent d'indemniser la SFOA, ses administrateurs, son personnel, ses bénévoles et les contractants associés au programme, et les dégager de toute responsabilité reliée aux réclamations, aux revendications, aux actions ou causes d'action, aux pertes ou aux dommages que la SFOA pourrait encourir ou dont elle pourrait être responsable à l'égard de blessures que l'enfant pourrait subir ou causer à d'autres en raison de sa négligence ou des actes qu'il aurait commis dans le cadre de sa participation au programme.</i> <i>J'autorise la SFOA à utiliser, publier, transmettre, afficher des photos, des enregistrements vidéo et audio où l'on peut reconnaître mon enfant pour fins promotionnels sans me demander d'approuver les photographies ou les enregistrements vidéo ou audio dans leur forme finale.</i>									
_____	_____								
Signature du parent/tuteur	Date								

Paiement. Les frais d'inscription doivent être payés avant le début du camp.
Veuillez inclure un chèque libellé à la SFOA et daté le 20 juin 2017.

Membre : Enfant autiste de 5 à 14 ans (1200\$/4 semaines) = _____ \$
 Non-membre - Enfant autiste (1400\$/4 semaines) = _____ \$
 # d'enfants typiques de 5 à 12 ans : _____ X 100\$/semaine = _____ \$
 TOTAL = _____ \$