



#	Nom du séjour	Dates	# Nuits	Coûts	Avec taxes	Avant 31 mai
1	Initiation à l'équitation	Mar 30 juin au vend 3 juillet	3	290\$	327,34\$	294,60\$
2a	Gymkhana – sans compé	Dim 12 juillet au jeudi 16 juillet	4	450\$	507,94\$	457,14\$
2b	Gymkhana - avec compé	Dim 12 juillet au sam 18 juillet	6	550\$	620,81\$	558,73\$
3	Travail avec le bétail	Dim 2 août au vend 7 août	5	500\$	564,38\$	507,94\$
4a	Randonnée- sans compé	Dim 19 juillet au jeudi 23 juillet	4	450\$	507,94\$	457,14\$
4b	Randonnée- avec compé	Dim 19 juillet au sam 25 juillet	6	550\$	620,81\$	558,73\$
5a	Performance – sans compé	Dim 5 juillet au jeudi 9 juillet	4	450\$	507,94\$	457,14\$
5b	Performance – avec compé	Dim 5 juillet au dim 12 juillet	7	575\$	649,03\$	584,13\$
5c	Performance – avec compé	Jeudi 30 juillet au dim 2 août	3	350\$	395,06\$	355,56\$

- Un rabais de 10% est accordé aux inscriptions reçues avant le 31 mai 2009.
- Un rabais de 10% est accordé au montant avant taxes pour un deuxième enfant de même famille.
- Un dépôt de 50\$ non remboursable est exigé au moment de l'inscription. La balance est payable au plus tard le 15 juin 2009.
- Un relevé 24 sera émis pour fins d'impôt.

À compléter et retourner

de séjour : _____ Nom du séjour : _____

NOM: _____ PRÉNOM: _____

ADRESSE: _____ VILLE: _____

CODE POSTAL: _____ DATE DE NAISSANCE: _____

Nom de la mère: _____ Tél résidence: () _____ Tél travail: () _____

Nom du père: _____ Tél résidence: () _____ Tél travail: () _____

Autre nom (en cas d'urgence): _____ Tél: () _____

Autre nom (en cas d'urgence): _____ Tél: () _____

Numéro d'assurance maladie: _____ Date d'expiration: _____

L'enfant a-t-il eu un accident majeur ou une opération dernièrement? _____

Expliquez: _____

Allergie (s) :

Poils d'animaux Pollen Piqûres d'insectes Alimentaire Autres précisez Aucune

Autre (précisez) : _____

Maladie (s) (cochez si c'est le cas)

Asthme Fièvre des foins Épilepsie Troubles respiratoires

Vertige Autres (précisez) _____

Médication _____

Expérience équestre (selle western – aucune expérience nécessaire)

aucune pas trot niveau obtenu _____

Je, soussigné(e) _____, accepte les risques reliés aux activités du camp estival de l'ÉCURIE DES PINS. J'autorise le médecin et les responsables du camp à donner à mon enfant les premiers soins nécessaires. Dans l'impossibilité de joindre une des personnes mentionnées précédemment, j'autorise les soins des traitements médicaux (ex: intervention chirurgicale).

Signature _____ Date: _____

Paiement : Chèque Argent Comptant