



# Nos voix nos visages

## École des arts de la scène

2516 Ste-Hélène Longueuil Qc. J4K 3V2 | 450-442-0740 | info@nosvoixnosvisages.ca

### Programmation régulière 2017–2018 | Contrat de service

Informations du participant		Autorité parentale	
Nom	Sexe	Prénom	Nom
Prénom	Date de naissance	Adresse postale	Téléphone
Statut	Âge		1. _____ 2. _____
		Courriel	

Informations du cours	
Site de formation:	<u>Longueuil</u> <u>Montréal</u>
Discipline	_____
Cours	_____
Instrument (si musique)	_____

Réceptiendaire du reçu autre que l'autorité parentale? \_\_\_\_\_

### Paiements

# facture	Montant initial	Rabais applicable?	Montant final
		0,00 \$	- \$

Réservé à l'administration:

Signataire	Date	Versement	Solde	Initiales	Mode de paiement	S.C.	Date	Reçu envoyé
		# 40			PayPal			
		1						
		2						
		3						
		4						
		5						
		6						
		7						
		8						

### Paiement Je paierai en un seul versement

Je comprends et accepte que Nos Voix Nos Visages conserve les informations fournies dans la présente à des fins d'information au sujet de l'activité et des activités futures de NVNV

Je reconnais avoir lu, compris et m'engage à me conformer aux règlements de camp, à la politique d'annulation et à la politique de paiements de Nos Voix Nos Visages

Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Le présent contrat fait référence au document "Information et règlements" disponible au [www.nosvoixnosvisages.ca](http://www.nosvoixnosvisages.ca)

Imprimé le \_\_\_\_\_



## Programmation régulière 2017–2018 | Info Santé

Informations du participant		
Nom	Sexe	NAM
Prénom	Date de naissance	Expiration
Statut	Âge	Réserve pour activités?

Photo

Autorité parentale	Autre parent
Nom _____	Nom _____
Tel. 1: _____	Tel. 1: _____
Tel. 2: _____	Tel. 2: _____

Contact 1	Contact 2
Nom _____	Nom _____
Lien: _____	Lien: _____
Tel. 1: _____	Tel. 1: _____
Tel 2.: _____	Tel. 2: _____

### Info santé

S'il y a une réserve pour les activités, indiquez-les ici:

Toute omission à cette clause peut entraîner le renvoi du participant. Veuillez donner tous les renseignements importants, suivi, traitement ou encadrement nécessaire. Vous devrez également remplir une nouvelle fiche au constat de tout changement à l'état de santé postérieur à la

Le participant a-t-il à sa disposition d'une **dose d'adrénaline** (Epipen, Ana-Kit) en fonction de ses allergies?

Non

Cochez si vous autorisez: Par la présente, j'autorise la ou les personnes désignées à m'**administrer ou à administrer à mon enfant selon le besoin et en cas d'urgence, la dose d'adrénaline**. L'autorité parentale doit s'assurer qu'une dose d'adrénaline est disponible en tout temps pour son enfant.

true

**Le participant...** Ne prend aucun médicament

Veuillez indiquer ici tout médicament que prend le participant ainsi que sa posologie. Le cas échéant, Vous devez fournir le contenant avec l'étiquette officielle ou au moins l'étiquette fournie par le pharmacien indiquant la posologie prescrite par le médecin. à l'administration en début d'année.

Si la participante est de sexe féminin, a-t-elle déjà eu ses menstruations?

Non et elle est renseignée

J'ai pris connaissance des informations dans le présent Contrat de service et du document Information et règlements. J'accepte et comprend la nature de ces documents et accepte et comprend les modalités indiquées. Le/la signataire du présent contrat sera considérée comme la seule responsable des paiements de tous les frais inhérents à la présente.

Je certifie que toutes les informations sont à jour.

Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Imprimé le \_\_\_\_\_