**Camp L’Escapade 2017**

**14 ans et plus**

**Formulaire d’inscription**

Nom du participant :

Nom du parent :

Numéro de téléphone :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Choix de semaines de fréquentation** | | | |
| Dates |  | Dates |  |
| 26/06 au 30/06 |  | 24/07 au 28/07 |  |
| 03/07 au 7/07 |  | 31/07 au 04/08 |  |
| 10/07 au 14/07 |  | 07/08 au 11/08 |  |
| 17/07 au 21/07 |  |  |  |

**\*Attention** : Veuillez numéroter vos semaines par ordre de priorité, de 1 à 7.

Lorsque les dates de fréquentation vous seront confirmées, vous pourrez payer en un ou plusieurs versements (nous faire parvenir des chèques postdatés).

Le dernier versement doit être en date du 11 août 2017 au plus tard.

**Paiement**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Frais de camp payés par :** | | | | |
| Nom du payeur: | | | | |
| Lien avec le campeur (parent ou répondant) : | | | | |
| Organisme\* (s’il y a lieu) : | | | | |
| \*Personne à qui doit être adressée la facturation : | | | | |
| Nom : | | | | |
| Adresse : | | | | |
| Ville : | | Province : | | Code postal : |
| Montant : | | | | |
| Désirez-vous un reçu : | OUI | | NON | |
| **Note** : Si les frais de camp sont payés par un organisme, vous êtes responsable de faire les  démarches auprès de celui-ci afin que le paiement nous soit acheminé. | | | | |

**Avant de nous retourner votre formulaire, assurez-vous d’avoir compléter un des deux documents suivants :**

**1) Si votre enfant fréquente les services d’Autisme Québec pour la première fois**

- Une copie d’un document confirmant le diagnostic de votre enfant

- Le document intitulé **Fiche du participant** (disponible en pièce jointe du courriel que vous avez reçu)

**2) Si votre enfant a déjà fréquenté les services d’Autisme Québec**

- Le document intitulé **Fiche d’information du participant (mise à jour)**

Vous n’avez pas à compléter la fiche complète. Cette nouvelle fiche nous permettra de mettre à jour les informations reçues précédemment.