VILLE DE SAINTE-MARIE ...pour la vie!

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

DATE DE RÉCEPTION

ANNÉE	MOIS	JOUR

REÇU PAR : _____

CAMP DE JOUR ET CAMP ADO

FORMULAIRE D'ATTESTATION D'EMPLOI

AVIS À TOUS LES PARENTS D'ENFANTS QUI SOUHAITENT PARTICIPER AUX PROGRAMMES D'ÉTÉ

Le contexte dans lequel nous vivons génère son lot de contraintes et le Service loisir, culture et vie communautaire (**SLCVC**) oblige à revoir l'offre de nos programmes estivaux. La COVID-19 fait en sorte que nous devons diminuer les ratios des groupes de 35 à 50 %. Conséquemment, la capacité d'accueil est limitée. Malgré notre intention d'offrir le service à au moins 159 campeurs, nous manquons d'animateurs. Alors que plusieurs se désistent, le temps presse pour permettre au **SLCVC** de recruter et d'assurer une formation complète dans les circonstances actuelles. Ce sont les raisons pour lesquelles nous accorderons une priorité d'inscription aux enfants dont :

- **Condition 1 :** les deux parents travaillent;
- **Condition 2 :** le parent responsable est monoparental et travaille.

Nous sollicitons votre collaboration et honnêteté pour compléter le présent formulaire et le retourner par courriel à l'adresse **info-loisir@sainte-marie.ca avant le lundi 15 juin 2020, à 8 h**. Dès sa réception, nous effectuerons les vérifications auprès de votre employeur.

Nous nous réservons le droit d'annuler votre inscription si vous ne respectez pas l'une des deux conditions ci-haut mentionnées et/ou si vous ne nous retournez pas le formulaire complété dans le délai demandé.

☐ OPTION 1 : 2 PARENTS TRAVAILLENT ⇨ OBLIGATION DE COMPLÉTER LES SECTIONS 1 ET 2

SECTION 1 : IDENTIFICATION DU PARENT ❶ ET DE SON EMPLOI

NOM : _____ PRÉNOM : _____

ADRESSE : _____ TÉLÉPHONE : ☎ DOMICILE : _____

_____ ☎ TRAVAIL : _____

@ : _____ ☎ CELLULAIRE : _____

NOM DE L'EMPLOYEUR : _____ POSTE OCCUPÉ : _____

ADRESSE COMPLÈTE : _____

@ : _____ ☎ TÉLÉPHONE : _____

SECTION 2 : IDENTIFICATION DU PARENT ❷ ET DE SON EMPLOI

NOM : _____ PRÉNOM : _____

ADRESSE : _____ TÉLÉPHONE : ☎ DOMICILE : _____

_____ ☎ TRAVAIL : _____

@ : _____ ☎ CELLULAIRE : _____

NOM DE L'EMPLOYEUR : _____ POSTE OCCUPÉ : _____

ADRESSE COMPLÈTE : _____

@ : _____ ☎ TÉLÉPHONE : _____

☐ OPTION 2 : PARENT MONOPARENTAL TRAVAILLE ⇨ OBLIGATION DE COMPLÉTER LA SECTION 3

SECTION 3 : IDENTIFICATION DU PARENT MONOPARENTAL ET DE SON EMPLOI

NOM : _____ PRÉNOM : _____

ADRESSE : _____ TÉLÉPHONE : ☎ DOMICILE : _____

_____ ☎ TRAVAIL : _____

@ : _____ ☎ CELLULAIRE : _____

NOM DE L'EMPLOYEUR : _____ POSTE OCCUPÉ : _____

ADRESSE COMPLÈTE : _____

@ : _____ ☎ TÉLÉPHONE : _____

SECTION 4. IDENTIFICATION DU OU DES ENFANTS

VEUILLEZ IDENTIFIER LE OU LES ENFANTS INSCRITS AUX PROGRAMMES « CAMP DE JOUR » ET/OU « CAMP ADO ».

①NOM : _____ ÂGE : _____

②NOM : _____ ÂGE : _____

③NOM : _____ ÂGE : _____

SECTION 5. ENGAGEMENTS DU PARENT SIGNATAIRE

J'ATTESTE AVOIR PRIS CONNAISSANCE DU PRÉSENT FORMULAIRE ET JE CERTIFIE AVOIR FOURNI DES INFORMATIONS VALIDES. DANS LE CAS CONTRAIRE, JE COMPRENDS QUE L'INSCRIPTION DE MON OU MES ENFANTS POURRA ÊTRE ANNULÉE.

SIGNATURE DU PARENT/TUTEUR : _____ DATE : _____