



SOUTH HULL SCHOOL
SUMMER CAMP REGISTRATION / INSCRIPTION CAMP D'ÉTÉ
Student Information / Information de l'étudiant
Summer / été 2025-2026

IDENTIFICATION DE L'ÉLÈVE / STUDENT IDENTIFICATION

NOM DE FAMILLE DE L'ÉLÈVE / STUDENTS FAMILY NAME

PRÉNOM DE L'ÉLÈVE / STUDENTS FIRST NAME

DATE DE NAISSANCE SEXE
DATE OF BIRTH

INFORMATIONS MÉDICALES / MEDICAL INFORMATION

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE / MEDICAL CARD NUMBER _____ DATE D'EXPIRATION _____

ALLERGIES: NON/NO ☐ OUI/YES ☐ PRÉCISER/SPECIFY _____ EIPEN: NON/NO ☐ OUI/YES ☐
ASTHME/ASTHMA: NON/NO ☐ OUI/YES ☐ INHALATEUR A L'ÉCOLE NON/NO ☐ YES ☐ DIABÈTE/DIABETES NON/NO ☐ YES ☐ ÉPILEPSIE NON/NO ☐ OUI/YES ☐
INHALER AT SCHOOL _____ EPILEPSY _____

MÉDICAMENTS PRIS QUOTIDIENNEMENT/
MEDICATION TAKEN DAILY

COORDONNÉES DES PARENTS/TUTEURS – PARENT/GUARDIAN CONTACT INFORMATION

☐ _____ ☐ _____ ☐
NOM PARENT (1) NOM PARENT (2) NOM TUTEUR/GUARDIAN'S NAME

PARENT (1) CELL TÉL. TRAVAIL/WORK (1) COURRIEL/EMAIL(1) ADRESSE/ADDRESS PARENT (1)

CONTACTS D'URGENCE SUPPLÉMENTAIRES/ ADDITIONAL EMERGENCY CONTACTS

☐ _____
NOM CONTACT D'URGENCE #1 CONTACT D'URGENCE #1 CELL CONTACT D'URGENCE #1 TRAVAIL

☐ _____
NOM CONTACT D'URGENCE #2 CONTACT D'URGENCE #2 CELL CONTACT D'URGENCE #2 TRAVAIL

**FRÉQUENTATION /
ATTENDANCE**

☐ LE 30 JUIN ET 2, 3 JUILLET (FERMER LE 29 JUIN ET 1 JUILLET)
JUNE 30 & JULY 2, 3 (CLOSED JUNE 29 AND JULY 1) \$150.00

☐ LE 6-10 JUILLET JULY 6-10 \$250.00

☐ LE 13-17 JUILLET JULY 13-17 \$250.00

TWO WEEK SHUT DOWN JULY 20-JULY 31

☐ LE 3-7 AOÛT AUGUST 3-7 \$250.00

☐ LE 10-14 AOÛT AUGUST 10-14 \$250.00

MINIMUM ENROLLMENT REQUIRED

All summer camp programs are subject to a minimum enrollment requirement. If a camp session does not meet the required minimum number of participants, we reserve the right to cancel the session. In the event of cancellation due to low enrollment, registered participants will be notified and will receive a full refund. We appreciate your understanding as this policy ensures a high-quality camp experience for all.

POUR LES BESOINS DE L'IMPÔTS, VEUILLER NOUS FOURNIR LE NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIAL/PLEASE PROVIDE SIN FOR TAXES

NOM/NAME

NAS/SIN

PARENT (1) _____

PARENT (2) _____

Signature: _____ Date: _____