

**CAMP DE JOUR / DAY CAMP 2018
PAYMENT FORM/ FORMULAIRE DE PAIEMENT**

Nom de famille / Family name: _____ Prénom / First name: _____

Nº de telephone / Phone Number: _____ Camp Group: _____

√	Semaine(s) Week(s)	DATES	MONTANT PAYÉ AMOUNT PAID	DATE PAYÉ / PAID	COMMENTAIRES / COMMENTS
<input type="checkbox"/>	A	Du 25 juin au 29 juin June 25 – June 29	\$		
<input type="checkbox"/>	B	Du 2 juillet au 6 juillet July 2 – July 6	\$		
<input type="checkbox"/>	C	Du 9 juillet au 13 juillet July 9 – July 13	\$		
<input type="checkbox"/>	D	Du 16 juillet au 20 juillet July 16 – July 20	\$		
<input type="checkbox"/>	E	Du 23 juillet au 27 juillet July 23 – July 27	\$		
<input type="checkbox"/>	F	Du 30 juillet au 3 août July 30 - August 3	\$		
<input type="checkbox"/>	G	Du 6 août au 10 août August 6 – August 10	\$		
<input type="checkbox"/>	H	Du 13 août au 17 août August 13 – August 17	\$		

Nº de semaines / No. of weeks _____ x \$ _____ = \$ _____

Payé au complet / Paid in full \$ _____

Payé en deux versements / Paid in two instalments \$ _____ + \$ _____

Autre enfants inscrit au camp de jour – Other children registered in day camp?

POLITIQUE DE REMBOURSEMENT : Les remboursements seront seulement considérés sur présentation d'une demande datée d'au plus tard le mercredi précédent le début de la semaine de camp de jour en question. Toute demande de remboursement sera sujette à des frais administratifs de 20% au prorata de la partie non-utilisée des frais. Veuillez prendre note qu'une fois qu'une semaine de camp a été entamée, elle est considérée comme étant utilisée, et ainsi *n'est pas éligible à un remboursement.* Aussi, toutes demandes faites après le mercredi précédent la semaine en question, sera considérée comme étant utilisée, et ainsi *ne sera pas éligible à un remboursement.*

Toutes demandes de remboursement pour des raisons médicales doivent être soumises par écrit, et requièrent une note valide du médecin. Si autorisé, le remboursement sera au prorata de la partie non-utilisée des frais et un 10% de frais administratifs sera applicable.

REFUND POLICY: Refunds will be only be considered upon receiving a written request, dated no later than the Wednesday prior to the start of the day camp week in question. All refund requests will be subject to a 20% administrative charge and will be pro-rated based on the unused portion of the fees. Please note that once a week of day camp has begun, it is considered to have been used, and is *not eligible* to be refunded. Also, any requests made after the Wednesday prior to the week in question, will be considered used, and therefore *not eligible* to be refunded.

Any refunds requested for medical reasons must be done in writing, and require a valid doctor's note. If granted, the refund will be pro-rated on the unused portion of the fee and a 10% administrative charge will be applied.

J'ai lu et compris la politique de remboursement du camp du jour et je comprends que la Ville de Hampstead et ses employés ne sont pas responsables pour les objets perdus ou volés.

I have read and understand the day camp refund policy. I also understand that The Town of Hampstead and its employees are not responsible for lost or stolen items.

Signature: _____

Date: _____

Diminué / Declined

Même manière que 2015/ Same as 2015

Relevé 24 (Frais de garde d'enfant / Child care expense)

Nom de la personne qui réclame l'enfant à sa charge / Name of person claiming child: _____

Numéro d'assurance sociale / Social insurance number: _____

Method of/ du Payment

S.V.P. effectuer vos chèques au nom de la Ville de Hampstead. / Please make cheques payable to the Town of Hampstead.

Comptant / Cash: _____ Cheque: _____ Interac: _____ Visa: _____ MasterCard: _____

Nº carte de credit / Card No. _____ Exp. _____ CVC# _____

Nom du titulaire de la carte / Name of Cardholder: _____