



**Information sur le revenu familial**

Le Domaine des prés d'Or reçoit une aide du ministère de l'Éducation, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche (MEESR) pour favoriser l'accessibilité des personnes défavorisées aux camps de vacances. Voici les seuils de faible revenu familial (parents/tuteurs ou le revenu du campeur s'il habite seul) à utiliser comme outil de référence: S.v.p. indiquer le niveau de revenu.

- |                                      |           |                                      |           |
|--------------------------------------|-----------|--------------------------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> 1 personne  | 28 641 \$ | <input type="checkbox"/> 5 personnes | 64 043 \$ |
| <input type="checkbox"/> 2 personnes | 40 504 \$ | <input type="checkbox"/> 6 personnes | 70 156 \$ |
| <input type="checkbox"/> 3 personnes | 49 608 \$ | <input type="checkbox"/> 7 personnes | 75 777 \$ |
| <input type="checkbox"/> 4 personnes | 57 282 \$ | <input type="checkbox"/> 8 personnes | 81 009 \$ |

L'aide financière se limite à 345 \$/10 jours. Pour les personnes qui fréquentent le Domaine des Prés d'Or entre le 16 juin et le 09 septembre 2025. Si vous désirez bénéficier de l'aide financière, **ce formulaire doit obligatoirement être rempli et signé par votre intervenant social et nous le retourner avec votre formulaire d'inscription.** Veuillez joindre le présent document complété à votre formulaire d'inscription.

**NOM DU CAMPEUR :** \_\_\_\_\_

Aide financière demandée <b>345.00 \$</b> <input type="checkbox"/> 10 Jours (Max. 345 \$/10 jours)
--

**N.B. : AUCUNE AIDE FINANCIÈRE NE SERA CONSIDÉRÉE SANS CE FORMULAIRE.**

**IMPORTANT :** Si le formulaire n'est pas rempli et signé par le praticien social ou une personne autorisée, et **qu'il n'est pas**

**retourné avec le formulaire d'inscription,**  
**les frais seront la responsabilité du signataire sur le formulaire d'inscription.**

Nous vous assurons de la confidentialité des renseignements que vous nous transmettez relativement à votre revenu familial.

**Intervenant social ou personne autorisée**

Nom complet (en lettres moulées) : \_\_\_\_\_

Signé le Jour \_\_\_\_ Mois \_\_\_\_ An \_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Titre du répondant \_\_\_\_\_

Nom et adresse du service social:

**\* Signature obligatoire \***

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**X** \_\_\_\_\_

**NOTE : La fiche santé est obligatoire au moment de l'inscription.**