



**Information sur le revenu familial**

Le Domaine des prés d’Or reçoit une aide du Ministère de l’Éducation du Québec (MEQ) 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  | 35 879 \$ | <input type="checkbox"/> 5 personnes | 80 183 \$  |
| <input type="checkbox"/> 2 personnes | 50 712 \$ | <input type="checkbox"/> 6 personnes | 87 836 \$  |
| <input type="checkbox"/> 3 personnes | 62 109 \$ | <input type="checkbox"/> 7 personnes | 94 873 \$  |
| <input type="checkbox"/> 4 personnes | 71 717 \$ | <input type="checkbox"/> 8 personnes | 101 424 \$ |

L’aide financière se limite à 355 \$/10 jours. Pour les personnes qui fréquentent le Domaine des Prés d’Or entre le 15 juin et le 09 septembre 2026. 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.**

**Veillez joindre le présent document complété à votre formulaire d’inscription.**

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

Aide financière demandée <b>355.00 \$</b> <input type="checkbox"/> 10 Jours (Max. 355 \$/10 jours)
----------------------------------------------------------------------------------------------------------

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

**IMPORTANT :** Si le formulaire n’est pas rempli et signé par l’intervenant social, curateur 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 : \_\_\_\_\_

**Nom et adresse du service social:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Titre du répondant** \_\_\_\_\_

**\* Signature obligatoire \***

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

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