



FICHE D'INSCRIPTION

Camp de jour

FICHE D'IDENTIFICATION DE L'ENFANT

Nom : _____

Prénom : _____

No. Assurance maladie : _____

Sexe : F () M ()

Date de naissance : _____ Âge : _____ (Au 25 juin 2021)

RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES

L'enfant vit avec : ses parents () sa mère () son père () garde partagée () autre : _____

NOM DE LA MÈRE :	NOM DU PÈRE :
Adresse :	Adresse :
Ville :	Ville :
Tél. maison	Tél. maison
Tél. bureau	Tél. bureau
Cellulaire :	Cellulaire :
Autorisé à venir chercher l'enfant ? Oui (<input type="checkbox"/>) Non (<input type="checkbox"/>)	Autorisé à venir chercher l'enfant ? Oui (<input type="checkbox"/>) Non (<input type="checkbox"/>)

MODALITÉ DE DÉPART DE VOTRE ENFANT

Votre enfant ira-t-il dîner à la maison ? () Oui () Non () Parfois, avec l'autorisation préalable des parents.

L'enfant peut-il quitter seul le soir ?

() Non, jamais. Une personne viendra le chercher.

() Oui, toujours, à partir de _____ heures (L'enfant devra signer la feuille de présence lors de son départ***)

FICHE DE SANTÉ

AUTRES PERSONNES À REJOINDRE EN CAS D'URGENCE

Nom de la personne :	Lien avec l'enfant :
Tél. maison :	Tél. travail ou cell. :

Nom de la personne :	Lien avec l'enfant :
Tél. maison :	Tél. travail ou cell. :

MALADIE(S) ET ALLERGIE(S)

Votre enfant souffre-t-il de maladie(s) et ou d'allergie(s)

Oui () Non () Précisez : _____

Votre enfant souffre-t-il d'allergie(s) alimentaire(s)

Oui () Non () Précisez : _____

Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Epipen ou Ana-Kit, prescrite par un médecin, en fonction de ses allergies ? Oui () Non ()

MÉDICAMENTS

Est-ce que votre enfant prend des médicaments ? Oui () Non ()

Si oui, nom du (des) médicament(s) : _____ Posologie : _____

_____ Posologie : _____

Nom et prénom du médecin traitant : _____ No. de tél. : _____

Veillez prendre note que les animateurs du camp de jour n'administreront AUCUN médicament sous aucune forme. Il sera de la responsabilité du parent de fournir la dose exacte dans le sac à lunch de l'enfant. L'animateur pourra faire un rappel de la prise du médicament à l'enfant.

CAPACITÉ AQUATIQUE

Est-ce que votre enfant sait nager? Oui () Non ()

Doit-il porter un vêtement de flottaison* Oui () Non ()

* Si votre enfant a besoin d'une aide flottante, bien vouloir la mettre dans son sac lorsque nécessaire (exemple : sortie).

CODE DE VIE DU CAMP DE JOUR (CONSULTER LE GUIDE POUR DE PLUS AMPLES RENSEIGNEMENTS)

1. Je m'habille convenablement et décemment (vêtements qui couvrent le ventre, chaussures sécuritaires, dessins et mots à caractères violents interdits).
2. Je m'adresse poliment en paroles et en gestes aux personnes qui m'entourent.
3. J'évite en tout temps les bousculades et les batailles.
4. Je prends soin du matériel mis à ma disposition et celui des autres.
5. Je respecte mon environnement.

CONSENTEMENT

- ✓ J'autorise les animateurs du camp de jour à prodiguer tous les soins d'urgence nécessaires, ainsi qu'à transporter mon enfant par ambulance, dans un établissement hospitalier s'ils le jugent nécessaire.
- ✓ Le camp de jour n'est pas responsable des bris ou dommages causés par les participants dans les établissements visités ou à notre propre matériel. En cas de tels actes, l'enfant, les parents ou la famille devront rembourser les coûts de remplacement.
- ✓ Les animateurs du camp de jour peuvent prendre des photos des enfants durant le camp pour les inclure dans nos publicités. Nous autorisez-vous à utiliser ces photos pour des fins publicitaires uniquement?
Si oui, veuillez cocher

Signature du parent : _____ Date : _____

Je déclare que tous les renseignements fournis sont exacts et en cas de changement, je dois en avertir la responsable du camp de jour.

Nom du parent : _____

Signature du parent : _____ Date : _____

CHOIX DU FORFAIT Veuillez cocher votre choix de forfait

Forfait 1	Pour l'été complet, sans service de garde (de 9 h 00 à 16 h 00-diner inclus) (Du 28 juin au 13 août)	210 \$	<input type="checkbox"/>
Forfait 2	Pour l'été complet, avec service de garde (de 7 h 30 à 17 h 00) (Du 28 juin au 13 août),	275 \$	<input type="checkbox"/>
Forfait 3	À la semaine, sans service de garde (de 9 h 00 à 16 h 00-diner inclus) (Choisir les semaines désirées ici-bas)	70 \$	<input type="checkbox"/>
Forfait 4	À la semaine, avec service de garde (de 7 h 30 à 17 h 00) (Choisir les semaines désirées ici-bas)	85 \$	<input type="checkbox"/>
Forfait 5	À la journée (Choisir les journées désirées ici-bas)	25 \$	<input type="checkbox"/>

Forfait 3 (À la semaine SANS SERVICE DE GARDE) Veuillez cocher les semaines désirées

Sem. 1	Du 28 juin au 2 juill.	<input type="checkbox"/>
Sem. 2	Du 5 juill. au 9 juil.	<input type="checkbox"/>
Sem. 3	Du 12 juil. au 16 juil.	<input type="checkbox"/>
Sem. 4	Du 19 juil. au 23 juil.	<input type="checkbox"/>
Sem. 5	Du 26 juil. au 30 juil.	<input type="checkbox"/>
Sem. 6	Du 2 août au 6 août	<input type="checkbox"/>
Sem. 7	Du 9 août au 13 août	<input type="checkbox"/>

Forfait 4 (À la semaine AVEC SERVICE DE GARDE) Veuillez cocher les semaines désirées

Sem. 1	Du 28 juin au 2 juill.	<input type="checkbox"/>
Sem. 2	Du 5 juil. au 9 juil.	<input type="checkbox"/>
Sem. 3	Du 12 juil. au 16 juil.	<input type="checkbox"/>
Sem. 4	Du 19 juil. au 23 juil.	<input type="checkbox"/>
Sem. 5	Du 26 juil. au 30 juil.	<input type="checkbox"/>
Sem. 6	Du 2 août au 6 août	<input type="checkbox"/>
Sem. 7	Du 9 août au 13 août	<input type="checkbox"/>

Forfait 5 (À la journée) Veuillez cocher les journées désirées. Possibilité de réserver la veille, les demandes pour la journée même seront refusées

Semaine 1	28 juin	29 juin	30 juin	1 juillet	Fermé
Semaine 2	5 juillet	6 juillet	7 juillet	8 juillet	9 juillet
Semaine 3	12 juillet	13 juillet	14 juillet	15 juillet	16 juillet
Semaine 4	19 juillet	20 juillet	21 juillet	22 juillet	23 juillet
Semaine 5	26 juillet	27 juillet	28 juillet	29 juillet	30 juillet
Semaine 6	2 août	3 août	4 août	5 août	6 août
Semaine 7	9 août	10 août	11 août	12 août	13 août

Possibilité de 2 versements égaux postdatés (le 1^{er} avec la fiche d'inscription, le 2^{ième} la première journée du camp)**Chèque au nom de la municipalité de St-Séverin.**

Le formulaire pour les impôts doit être fait au nom : () De la mère () Du père () Du tuteur

Numéro d'assurance sociale : _____ (Obligatoire aux fins d'impôt)

Mesures de protection COVID-19 - Acceptation du risque

Dans un contexte de pandémie de COVID-19, le Camp de jour de Saint-Séverin a mis en place les mesures de protection détaillées au document «Guide des parents», joint au présent formulaire, afin de minimiser le risque de contagion et de propagation du virus.

Il est de la responsabilité de toute personne, notamment les campeurs et leurs parents ou tuteurs, de respecter les mesures de protection mises en place par le Camp de jour de Saint-Séverin.

Je, _____, affirme avoir pris connaissance du document «Guide des parents» et je m'engage à m'y conformer. J'ai discuté du document avec mon enfant, je lui ai expliqué en quoi consistent les mesures et je l'ai informé de l'importance de les respecter. Je comprends et accepte que le Camp de jour de Saint-Séverin ne puisse garantir un milieu sans COVID-19, qui soit exempt de contamination ou de contagion.

Signature : _____

Date : _____

Autorisation - Application de crème Solaire

Je, _____, autorise les animateurs du camp de jour de St-Séverin à aider mon enfant _____ à appliquer la crème solaire lors des journées de camp de jour. Cette autorisation est valide pour la durée du camp de jour, soit pour la période du 28 juin au 13 août 2021.

Nom du parent : _____ Signature : _____

Date : _____