

FICHE D'INSCRIPTION

1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR L'ENFANT

Nom de famille :		Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
Prénom :		Date de naissance :	
Adresse :		Âge au 30 septembre :	
		Dernière année d'études complétée :	
Taille de t-shirt: <input type="checkbox"/> Petit <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Grand			

2. RÉPONDANT(S) DE L'ENFANT

Nom:		Nom:	
Occupation :		Occupation :	
Adresse :		Adresse :	
Téléphone :	(Rés.)	Téléphone :	(Rés.)
	(Bur.)		(Bur.)
	(Cell.)		(Cell.)
Courriel :		Courriel :	
GARDE de l'enfant			
Père et mère <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Partagée <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/>			
Pour émission du relevé 24		NAS :	
Nom du parent payeur :			
*Note			

*** Veuillez prendre note que si les informations pour compléter le relevé 24 sont incomplètes, aucun relevé 24 ne vous sera émis. Il est de votre responsabilité de vous assurer de nous transmettre toutes les informations. Il n'y aura pas d'autres collectes d'informations à ce sujet. Merci de votre collaboration. ***

3. CHOIX DE FORFAIT

- Forfait tout inclus : Tout l'été (8 semaines) incluant le service de garde
225\$ premier enfant/200\$ enfant supplémentaire
- Forfait intermédiaire* : Tout l'été (8 semaines) excluant le service de garde
125\$ premier enfant/100\$ enfant supplémentaire
- À la semaine incluant le service de garde (cochez la ou les semaines désirées)
50\$ par semaine premier enfant/ 45\$ par semaine enfant supplémentaire
- À la semaine excluant le service de garde (cochez la ou les semaines désirées)
30\$ par semaine premier enfant / 25\$ par semaine enfant supplémentaire

Cochez	Dates	Cochez	Dates
<input type="checkbox"/>	1) 26 juin au 30 juin	<input type="checkbox"/>	5) 24 juillet au 28 juillet
<input type="checkbox"/>	2) 3 juillet au 7 juillet	<input type="checkbox"/>	6) 31 juillet au 4 août
<input type="checkbox"/>	3) 10 juillet au 14 juillet	<input type="checkbox"/>	7) 7 août au 11 août
<input type="checkbox"/>	4) 17 juillet au 21 juillet	<input type="checkbox"/>	8) 14 août au 18 août

* Si vous choisissez le forfait intermédiaire et que vous avez besoin du service de garde, il sera possible de le prendre à la semaine seulement, au coût de 20\$ par semaine.

** Veuillez noter que le coût des sorties n'est pas inclus

4. SERVICE DE GARDE

Votre enfant fréquentera-t-il le service de garde ? Le matin : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Le soir : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si OUI , qui est autorisé à aller le chercher le soir (autre que l'un ou les répondants)?*	
Prénom :	Nom :
Lien avec l'enfant :	
Prénom :	Nom :
Lien avec l'enfant :	
Mon enfant est AUTORISÉ à partir <u>seul</u> le soir. Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

* Veuillez noter que si ce n'est pas une personne autorisée qui vient chercher votre enfant, le personnel du service de garde ne sera pas autorisé à le laisser partir, peu importe le lien de parenté qui l'unit à cette personne. Pour autoriser qui que ce soit dont le nom n'est pas mentionné à la section 4 du présent formulaire à aller chercher votre enfant, vous devez transmettre au préalable au service de garde un avis écrit précisant le nom de cette personne.

Nom du répondant :

Signature du répondant

Date de la signature

Veuillez retourner cette fiche accompagnée de la fiche santé de votre enfant et de votre paiement à :
Municipalité de Saint-Alexis-des-Monts
Camp de jour
101, rue de l'Hôtel-de-Ville,
Saint-Alexis-des-Monts, Qc, J0K 1V0

MODALITÉS DE PAIEMENT

Des frais de _____ \$ devront être payés à la Municipalité de Saint-Alexis-des-Monts. **Votre enfant sera inscrit officiellement sur réception du présent formulaire rempli, accompagné du règlement.** Nous acceptons les chèques fait à l'ordre de la municipalité et l'argent comptant. Il est aussi possible de payer par carte de débit au comptoir de la municipalité. La Municipalité de Saint-Alexis-des-Monts facturera des frais de 10 \$ pour tout chèque sans provision.

Signature du répondant

Date de la signature

Signature du responsable de la municipalité

Date de la signature



FICHE SANTÉ

**Vous devez nous retourner la fiche santé avec votre formulaire d'inscription.
S.V.P. remplir une fiche par enfant.**

1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR L'ENFANT

Nom de l'enfant :		Sexe :	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Prénom :		Date de naissance :	
N° d'assurance-maladie (enfant)		Date d'expiration :	
Nom du médecin traitant :		Téléphone du médecin :	

2. RÉPONDANT(S) DE L'ENFANT

Prénom et nom:	Prénom et nom:
Téléphone (travail) : Poste :	Téléphone (travail) : Poste :
Cellulaire ou autre numéro :	Cellulaire ou autre numéro :

3. EN CAS D'URGENCE

Personne à joindre en cas d'URGENCE : Père et mère <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/>	
Deux autres personnes à joindre en cas d'URGENCE :	
Prénom et nom :	Prénom et nom :
Lien avec l'enfant :	Lien avec l'enfant :
Téléphone (rés.) :	Téléphone (rés.) :
Téléphone (autre) :	Téléphone (autre) :

4. ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Votre enfant a-t-il déjà subi une intervention chirurgicale?		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Si oui, Date : _____ Raison : _____			
Blessures graves		Maladies chroniques ou récurrentes	
Date :		Date :	
Décrire :		Décrire :	
A-t-il des allergies?		Souffre-t-il des maux suivants?	
Fièvre des foins	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Asthme	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Herbe à puce	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Diabète	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Piqûres d'insectes	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Épilepsie	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Animaux*	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Migraines	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Médicaments*	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Autres, préciser :	
Allergies alimentaires*	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
*Préciser :			

* Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Epipen, Ana-Kit) en raison de ses allergies?
Oui Non

À SIGNER SI VOTRE ENFANT A UNE DOSE D'ADRÉNALINE

Par la présente, j'autorise les personnes désignées par le Camp de jour de St-Alexis-des-Monts à administrer, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline _____ à mon enfant.

Signature du répondant

6. MÉDICAMENTS*

Votre enfant prend-il des médicaments?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, noms des médicaments :	Posologie :
Les prend-il lui-même? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Préciser :

* **Si votre enfant doit prendre des médicaments**, vous devrez, à votre arrivée au camp de jour, remplir un formulaire d'autorisation de prise de médicament afin que les responsables puissent distribuer le médicament prescrit à votre enfant.

7. AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES

Les questions qui suivent nous aideront à mieux intervenir auprès de votre enfant.

Votre enfant a-t-il besoin de surveillance constante dans l'eau?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Préciser :	
Votre enfant présente-t-il des problèmes de comportement?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, décrire :	
Votre enfant mange-t-il normalement?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si non, décrire :	
Votre enfant porte-t-il des prothèses?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, décrire :	
Y a-t-il des activités auxquelles votre enfant ne peut pas participer ou seulement moyennant certaines conditions?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, expliquer :	

8. MÉDICAMENTS EN VENTE LIBRE

J'autorise le personnel du Camp de jour de St-Alexis-des-Monts à administrer à mon enfant, si nécessaire, un ou plusieurs médicaments sans ordonnance en vente libre.

Cocher les médicaments :

- Acétaminophène (Tylenol, Tempra)
- Antihistaminique (Benadryl, Reactine)
- Anti-inflammatoire (Advil)
- Antibiotique en crème (Polysporin)
- Autre, préciser : _____

Signature du répondant: _____ Date : _____

Veillez prendre note que toutes les informations concernant l'état de santé de votre enfant demeureront confidentielles. Elles seront transmises uniquement à son animateur et à son responsable afin de permettre un meilleur encadrement ainsi qu'une intervention plus efficace en cas d'urgence.

9. AUTORISATION DU RÉPONDANT

- Étant donné que le Camp de jour de St-Alexis-des-Monts prendra des photos et (ou) des vidéos au cours des activités de mon enfant durant l'été, je l'autorise à se servir de ce matériel en tout ou en partie à des fins promotionnelles. Tout le matériel utilisé demeurera la propriété du Camp de jour de St-Alexis-des-Monts.
- Si des modifications concernant l'état de santé de mon enfant survenaient avant le début ou pendant la période du camp de jour, je m'engage à transmettre cette information à la direction du camp de jour, qui fera le suivi approprié avec l'animateur de mon enfant.
- En signant la présente, j'autorise le Camp de jour de St-Alexis-des-Monts à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Si la direction du le Camp de jour de St-Alexis-des-Monts le juge nécessaire, je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire.
- Je m'engage à collaborer avec la direction du Camp de jour de St-Alexis-des-Monts et à venir la rencontrer si le comportement de mon enfant nuit au bon déroulement des activités.

Nom et prénom du répondant

Signature du répondant

_____/_____/_____
Date