

# FICHE D'INSCRIPTION ET FICHE SANTÉ – 2018



## 1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR L'ENFANT

Nom de l'enfant :		Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Adresse :		Date de naissance :
		Grandeur de chandail : <b>S M L</b>
N° d'assurance-maladie (enfant) :		Date d'expiration :

## 2. RÉPONDANT(S) DE L'ENFANT

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

\* 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 (Des frais supplémentaire de 20\$ seront chargés pour les inscriptions tardives (après le 15 juin 2018):

	AVEC SERVICE DE GARDE (7H À 17H30)	SANS SERVICE DE GARDE (8H30 À 16H30)	RABAIS ACCORDÉS (+ d'un enfant d'une même famille)	SORTIES	CHANDAIL
<b>POUR TOUT L'ÉTÉ (8 SEMAINES)</b>	275.00\$	190.00\$*	(25.00\$) / enf.	Inclus	Inclus
<b>À LA SEMAINE</b>	80.00\$	60.00\$	(5.00\$) / enf.	Ajouter le coût/enf.	8.00\$ / enf.
<b>À LA JOURNÉE</b>	25.00\$	20.00\$	-	Ajouter le coût/enf.	8.00\$ / enf.

Cochez	Dates	Cochez	Dates
<input type="checkbox"/>	1) 26 juin au 29 juin	<input type="checkbox"/>	5) 23 juillet au 27 juillet
<input type="checkbox"/>	2) 3 juillet au 6 juillet	<input type="checkbox"/>	6) 30 juillet au 3 août
<input type="checkbox"/>	3) 9 juillet au 13 juillet (à l'école des Boisés)	<input type="checkbox"/>	7) 6 août au 10 août
<input type="checkbox"/>	4) 16 juillet au 20 juillet	<input type="checkbox"/>	8) 13 août au 17 août

\* Pour ceux ne prenant pas le forfait incluant le service de garde, il sera possible d'ajouter le service de garde à la semaine seulement, au coût de 20.00\$/semaine.

#### 4. ARRIVÉE ET DÉPART

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"/>	
Qui est autorisé à aller chercher votre enfants autre que l'un ou les répondants?*	
Prénom :	Nom :
Lien avec l'enfant :	
Prénom :	Nom :
Lien avec l'enfant :	
Mon enfant est <b>AUTORISÉ</b> 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.

#### 5. 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) :

#### 6. ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Votre enfant a-t-il des problèmes de santé ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Si oui, lequel (s) :	
<b>A-t-il des allergies ?</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
* Si oui, préciser :	
* Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Epipen, Ana-Kit) en raison de ses allergies ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> À SIGNER SI VOTRE ENFANT A UNE DOSE D'ADRÉNALINE	
Par la présente, j'autorise les personnes désignées par le Camp de jour de Saint-Alexis-des-Monts à administrer, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline _____ à mon enfant.	
_____ Signature du répondant	

#### 7. 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.

## 8. AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES

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

Votre enfant a-t-il recours à un suivi spécifique durant l'année scolaire ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Votre enfant a-t-il besoin de surveillance constante dans l'eau ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
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 :		

**Veillez prendre note que toutes les informations concernant l'état de santé de votre enfant demeureront confidentielles. Elles seront transmises uniquement à son moniteur 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 Saint-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 Saint-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 Saint-Alexis-des-Monts à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Si la direction du Camp de jour de Saint-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 Saint-Alexis-des-Monts et à venir la rencontrer si le comportement de mon enfant nuit au bon déroulement des activités.

## 10. MODALITÉS DE PAIEMENT (sur place en argent ou par chèque ou par débit à l'Hôtel de Ville)

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 paiement.** La Municipalité de Saint-Alexis-des-Monts facturera des frais de 10 \$ pour tout chèque sans provision.

Veillez retourner cette fiche accompagnée de votre paiement à l'Hôtel de Ville avant le 15 juin 2018 pour ne pas avoir de frais de retard.

\_\_\_\_\_  
Signature du répondant

\_\_\_\_\_  
Date de la signature

\_\_\_\_\_  
Signature du responsable de la municipalité

\_\_\_\_\_  
Date de la signature

*Camps de jour de Saint-Alexis-des-Monts  
Complexe Aurèle-Plante  
100, rue des loisirs, Saint-Alexis-des-Monts, J0K 1V0  
819-265-3156 OU 819-265-2046 #2802*