



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 :
Code postal :		Taille de t-shirt: Enfant : <input type="checkbox"/> Petit <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Grand

2. PARENTS OU TUTEUR

Nom du père :		Nom de la mère :	
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 :			

3. CHOIX DE FORFAIT

- Forfait tout inclus : Tout l'été (8 semaines) incluant le service de garde
200\$ premier enfant/175\$ enfant supplémentaire
- Forfait intermédiaire* : Tout l'été (8 semaines) excluant le service de garde
100\$ premier enfant/75\$ enfant supplémentaire
- À la semaine incluant le service de garde (cochez la ou les semaines désirées)
45\$ par semaine premier enfant/ 40\$ par semaine enfant supplémentaire
- À la semaine excluant le service de garde (cochez la ou les semaines désirées)
25\$ par semaine premier enfant / 20\$ par semaine enfant supplémentaire

Cochez	Dates	Cochez	Dates
<input type="checkbox"/>	1) 27 juin au 1 ^{er} juillet	<input type="checkbox"/>	5) 25 juillet au 29 juillet
<input type="checkbox"/>	2) 4 juillet au 8 juillet	<input type="checkbox"/>	6) 1 ^{er} août au 5 août
<input type="checkbox"/>	3) 11 juillet au 15 juillet	<input type="checkbox"/>	7) 8 août au 12 août
<input type="checkbox"/>	4) 18 juillet au 22 juillet	<input type="checkbox"/>	8) 15 août au 19 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 des deux parents)?*	
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 parent ou tuteur : _____

Signature du parent ou tuteur

Date de la signature

Veillez 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 paiement.** 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 parent ou tuteur

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 famille :		Sexe :	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Prénom :		Âge lors du séjour :	
Adresse :		Date de naissance :	
Code postal :		N° d'assurance-maladie (enfant) :	
Téléphone :		Date d'expiration :	
Nom du médecin traitant :		Téléphone du médecin :	
Clinique ou hôpital :			

2. RÉPONDANT(S) DE L'ENFANT

Prénom et nom du PÈRE :	Prénom et nom de la MÈRE :
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 déjà eu les maladies suivantes?			
Varicelle	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Asthme	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Oreillons	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Diabète	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Scarlatine	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Épilepsie	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Rougeole	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Migraines	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Autres, préciser :		Autres, préciser :	

Votre enfant a-t-il des allergies? Oui Non Si oui, veuillez -précisez: _____

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 parent

5. 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.

6. 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-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)
- Antiémétique (Gravol)
- Antihistaminique (Benadryl, Reactine)

- Anti-inflammatoire (Advil)
- Sirop contre la toux
- Antibiotique en crème (Polysporin)
- Autre, préciser : _____

Signature de la mère ou du père : _____ 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 DES PARENTS

- 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 parent ou tuteur

Signature du parent ou tuteur

Date