

Veillez retourner le document complété accompagné du paiement à l'hôtel de ville

FORMULAIRE D'INSCRIPTION ET FICHE DE SANTÉ (UNE FICHE PAR ENFANT)

Nom de l'enfant :	Prénom de l'enfant :
Adresse :	Code postal :
Date de naissance :	No Assurance-maladie : Date d'expiration :
Problème de santé physique ou maladie (décrire) :	
Médication :	
Autres renseignements relatifs à votre enfant (peurs, phobies, problème de comportement, relations sociales parfois difficiles, troubles du langage, etc.) :	

Prénom et nom de famille du parent responsable :	Adresse courriel :	
Adresse complète de résidence :		
Téléphone maison :	Cellulaire :	Travail :
Téléphone en cas d'urgence (on doit vous rejoindre en tout temps) :		
À qui devons-nous émettre le Relevé 24 (reçu d'impôt) :		No d'assurance sociale :

Nom d'un autre répondant :	Lien avec l'enfant :	
Téléphone maison :	Cellulaire :	Travail :

Personne(s) autorisée(s) à venir chercher l'enfant (nom complet et téléphone) :

PRÉSENCES

**** Veuillez nous indiquer les jours de présence de votre enfant. ****

Semaines du camp de jour 2021		Cochez les journées de présence de votre enfant						Total
	<u>Semaine du</u>	L	M	M	J	V		
1	Semaine du 28 au 2 juillet 2021				FERMÉ			
2	Semaine du 5 au 9 juillet 2021							
3	Semaine du 12 au 16 juillet 2021							
4	Semaine du 19 au 23 juillet 2021							
5	Semaine du 26 au 30 juillet 2021							
6	Semaine du 2 au 6 août 2021							
7	Semaine du 9 au 13 août 2021							
8	Semaine du 16 au 20 août 2021							
						TOTAL		

Veillez noter que les chèques devront être libellés au nom de l'Association des loisirs de Saint-David.

Aucun enfant ne sera accepté sans être préalablement inscrit.

Autorisations

CODE DE VIE, MESURES DISCIPLINAIRES ET DOCUMENTS

Je m'assure de prendre connaissance des règlements, des mesures disciplinaires et de tous les documents qui les modifient. Je m'engage également à en faire part à mon enfant. **De plus, je comprends que le camp de jour respectera à la lettre les mesures disciplinaires établies, pour le bon déroulement du camp de jour. Je dois donc respecter les décisions des responsables du camp de jour.**

Oui Non Initiales _____

COMPORTEMENT / SÉCURITÉ

Je m'engage à venir chercher mon enfant immédiatement s'il met sa sécurité, celle d'un autre enfant ou celle d'une animatrice en danger (*bagarre, agressivité majeure, fugue, etc.*). Si je ne peux pas, j'autorise une autre personne désignée sur la *fiche de santé et d'information* à le faire. Les employés pourront retirer l'enfant des activités du camp de jour, le temps qu'une personne arrive. Oui Non Initiales _____

ADMINISTRATION D'UN MÉDICAMENT ET SOINS D'URGENCE

J'autorise le personnel du camp de jour à administrer le médicament suivant : _____ à mon enfant en cas de besoin. Je l'autorise également à communiquer avec une personne ressource mentionnée sur la fiche de santé de l'enfant. S'ils ne peuvent rejoindre une de ces personnes, en cas d'urgence, je l'autorise à transférer mon enfant en ambulance vers un hôpital. Les frais de transport me seront facturés. Pour une situation moins urgente, s'il ne peut rejoindre rapidement une personne ressource, j'autorise les employés du camp de jour à transférer mon enfant à l'hôpital, s'ils en ressentent la nécessité. Oui Non Initiales _____

AUTORISATION À LAISSER PARTIR VOTRE ENFANT SEUL

J'autorise les animatrices à laisser partir mon enfant en bicyclette ou à pied lors des journées de camp de jour, et ce, pour tout l'été ou encore pour une/des dates et/ou heures spécifiques. Je comprends que le personnel du camp de jour est déchargé de toutes responsabilités à l'égard de mon enfant avant qu'il arrive et une fois qu'il a quitté le camp de jour. Je comprends que mon enfant n'est plus sous la responsabilité du camp de jour hors des heures de fréquentation qui sont de 7 h à 18 h. Oui Non Initiales _____

Pour une date ou une heure spécifique, veuillez indiquer laquelle/lesquelles : _____

Est-ce que votre enfant doit vous téléphoner en tout temps avant de quitter le camp ? Oui Non

APPLICATION DE LA CRÈME SOLAIRE

J'autorise le personnel du camp de jour à superviser mon enfant pour l'application de la crème solaire.

De plus, je fournis la crème solaire de mon enfant dans son sac à dos pendant toute la durée du camp.

Oui Non Initiales _____

PHOTOGRAPHIE

J'autorise le camp à prendre des photos de mon enfant lors du camp et à les utiliser dans les communications de la municipalité (*site internet, page Facebook, journal municipal La Gazette, etc.*). Oui Non Initiales _____

RESPONSABILITÉ

Je comprends que les responsables du camp n'assument pas la responsabilité des effets personnels perdus, des frais de médicaments et d'ambulance de mon enfant. Oui Non Initiales _____

AUCUN REMBOURSEMENT

Je comprends que tout retrait d'un enfant durant le camp de jour ne donne pas droit à un remboursement (*sauf avec un billet de médecin ou force majeure*). Oui Non Initiales _____

SIGNATURE

Signature du parent ou tuteur : _____ Date : _____