

FORMULAIRE D'INSCRIPTION CAMP DE JOUR

UTILISER UN FORMULAIRE D'INSCRIPTION PAR ENFANT

Le service est offert du 29 juin au 14 août 2020

Heures d'ouverture du service de garde : Lundi au jeudi 7h-8h30 / 12h-13h / 16h-17h30

Heures d'ouverture du camp de jour : Lundi au vendredi 8h30-12h / 13h-16h



1. RENSEIGNEMENTS SUR L'ENFANT

NOM :	PRÉNOM :
ADRESSE :	
DATE DE NAISSANCE :	
# ASSURANCE MALADIE :	EXP. :
# TÉLÉPHONE RÉSIDENCE :	TÉL. URGENCE :

2. RENSEIGNEMENTS SUR LE PARENT/TUTEUR

NOM :	PRÉNOM :
ADRESSE :	
# TÉLÉPHONE MAISON :	# TÉLÉPHONE TRAVAIL :
# CELLULAIRE :	COURRIEL :
NOM DU/DE LA CONJOINT(E) :	

3. EN CAS D'URGENCE (AUTRE QUE LE PARENT IDENTIFIÉ PLUS HAUT)

(Personne à contacter si les parents ne peuvent être joints)

NOM : _____ LIEN AVEC L'ENFANT : _____

TÉLÉPHONE 1 : _____ # TÉLÉPHONE 2 : _____

4. ACTIVITÉS AQUATIQUES

L'enfant nage-t-il ? NON OUI NIVEAU : _____

Autres remarques / baignade : _____

5. À LA FIN DE LA JOURNÉE, MON ENFANT QUITTE AVEC (Peut y avoir plus d'une personne) :

LE PÈRE : LA MÈRE : QUITTE SEUL :

AUTRES PERSONNES AUTORISÉES : _____

NOM 1 : _____ LIEN AVEC L'ENFANT : _____

NOM 2 : _____ LIEN AVEC L'ENFANT : _____

6. LE REÇU POUR FINS D'IMPÔTS SERA ÉMIS À

NOM : _____ OU NON je ne veux pas recevoir le Relevé 24

7. CHOIX GRANDEUR CHANDAIL DU CAMP :

XSMALL	SMALL	MEDIUM	LARGE
--------	-------	--------	-------

SIGNATURE : _____

DATE : _____

Nom de l'enfant : _____ ÂGE : _____

8. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX :

MALADIE ? HANDICAP ? ALLERGIE ? TROUBLES DE COMPORTEMENT ?

SVP SPÉCIFIEZ : _____

9. MÉDICAMENTS : SVP SPÉCIFIEZ LEQUEL OU LESQUELS ?

Durant l'année scolaire : _____

Durant l'été : _____

10. AUTORISATION MÉDICALE :

J'autorise Les Loisirs St-Fabien Inc., les moniteurs, les aides-moniteurs et le coordonnateur à distribuer ou administrer à mon enfant des médicaments prescrits selon une posologie précise. J'autorise également le coordonnateur à lui prodiguer tous soins infirmiers requis par son état et même à le transporter par ambulance ou autrement dans un établissement de santé si il le juge nécessaire. De plus, s'il est impossible de nous rejoindre, en cas d'urgence grave, j'autorise le médecin traitant à effectuer tout traitement y compris la pratique d'une intervention chirurgicale, des injections, l'anesthésie et l'hospitalisation. De plus, si des modifications concernant l'état de santé de mon enfant survenaient avant le début ou pendant la période du camp, je m'engage à transmettre cette information à la direction du camp, qui fera le suivi approprié.

11. AUTORISATION POUR PHOTOS :

J'autorise la Municipalité de Saint-Fabien et Les Loisirs Saint-Fabien à utiliser les photographies de mon enfant prises durant le camp de jour afin d'illustrer ses bulletins périodiques, son site web, ses brochures de programmation des loisirs ou tout autre support de communication jugé pertinent par Les Loisirs St-Fabien Inc.

J'ATTESTE : AVOIR LU ET COMPRIS L'AUTORISATION MÉDICALE

AVOIR LU ET COMPRIS L'AUTORISATION POUR PHOTOS

12. MODALITÉS DE PAIEMENT (compléter avec la coordonnatrice)

<u>Choix de paiement</u>	<u>Coût pour le Camp de jour</u>	<u>Coût pour le service de garde :</u>
1 versement :	160\$ / 1 ^{er} enfant	40\$ / semaine
2 versements :	130\$ / 2 ^e enfant	250\$ / 7 semaines
3 versements :	110\$ / 3 ^e enfant	

Coût total pour l'enfant : _____ \$ Coût total pour la famille : _____ \$ Coût par versement : _____ \$

Inscrivez-vous avant le 17 juin 2020 ! Contact : Martine Therriault : 418 869-3170 / loisirss@cgocable.ca

SIGNATURE : _____

DATE : _____