

# FORMULAIRE D'INSCRIPTION CAMP DE JOUR

Le service est offert du 26 juin au 11 août 2023

Heures d'ouverture du service de garde : Lundi au vendredi 7h30-8h30 / 12h-13h / 16h00-17h30

Heures d'ouverture du camp de jour : Lundi au vendredi 8h30h à 12h / 13h à 16h00



## UTILISER UN FORMULAIRE D'INSCRIPTION PAR ENFANT

### 1. RENSEIGNEMENTS SUR L'ENFANT

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

### 2. RENSEIGNEMENTS SUR LES PARENTS

PÈRE	MÈRE
PRÉNOM, NOM :	PRÉNOM, NOM :
ADRESSE :	ADRESSE :
# TÉLÉPHONE MAISON :	# TÉLÉPHONE MAISON :
# TÉLÉPHONE TRAVAIL :	# TÉLÉPHONE TRAVAIL :
# CELLULAIRE :	# CELLULAIRE :
COURRIEL :	COURRIEL :

### 3. EN CAS D'URGENCE (AUTRE QUE PARENTS)

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

NOM : \_\_\_\_\_ LIEN AVEC L'ENFANT : \_\_\_\_\_

# TÉLÉPHONE 1 : \_\_\_\_\_ # TÉLÉPHONE 2 : \_\_\_\_\_

### 4. ACTIVITÉS AQUATIQUES

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

Autres remarques / besoin ceinture de flottaison : \_\_\_\_\_

### 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 adresse courriel

### 7. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX :

MALADIE ? HANDICAP ? ALLERGIE ? TROUBLES DE COMPORTEMENT ?

SVP SPÉCIFIEZ : \_\_\_\_\_

## 8. MÉDICAMENTS :

**SVP SPÉCIFIEZ LEQUEL OU LESQUELS ?**

**Durant l'année scolaire :** \_\_\_\_\_

**Durant l'été :** \_\_\_\_\_

## 9. AUTORISATION MÉDICALE :

J'autorise Les Loisirs St-Fabien, les moniteurs, les aides-moniteurs et la coordonnatrice à distribuer ou administrer à mon enfant des médicaments prescrits selon une posologie précise. J'autorise également 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 elle 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.

## 10. 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.

## 11. SUIVI PROFESSIONNEL :

Recevez-vous un support d'un établissement (CRDI, CLSC, Centre de réadaptation...) ?

Oui                  Non                  Si oui, lequel : \_\_\_\_\_

Autorisez-vous le camp de jour à contacter cet intervenant pour échanger des informations relatives à votre enfant dans l'objectif d'améliorer la qualité de l'encadrement du camp?

Oui                  Non                  Nom de l'intervenant : \_\_\_\_\_

Autres renseignements utiles :  
\_\_\_\_\_

(Afin de faciliter la communication entre le camp et les professionnels du CISSS, nous vous invitons à informer l'intervenant de votre enfant de votre désir de collaboration.)

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

**AVOIR LU ET COMPRIS L'AUTORISATION POUR PHOTOS**

**AVOIR LU ET COMPRIS LE SUIVI PROFESSIONNEL**

## 12. MODALITÉS DE PAIEMENT – Camp de jour payable avant jeudi le 22 juin

<u>Coût pour le Camp de jour</u>	<u>Coût pour le service de garde :</u>
200\$ / 1 <sup>er</sup> enfant	40\$ / par semaine (inscrire le nombre de semaines : _ semaines inscrites = semaines payables) 3 versements possibles
175\$ / 2 <sup>ème</sup> enfant	
150\$ / 3 <sup>ème</sup> enfant	250\$ / 7 semaines

**Coût total pour l'enfant : \_\_\_\_\_ \$ Coût total pour la famille : \_\_\_\_\_ \$**

**SIGNATURE :** \_\_\_\_\_

**DATE :** \_\_\_\_\_

[loisirss@cgocable.ca](mailto:loisirss@cgocable.ca) 418-869-3170 Martine Thériault