

FORMULAIRE D'INSCRIPTION - CAMP DE JOUR

Le service est offert du 25 juin au 9 août 2024

Heures d'ouverture du service de garde : Lundi au vendredi 7h30-9h / 12h-13h / 16h-17h30

Heures d'ouverture du camp de jour : Lundi au vendredi 9h à 12h / 13h à 16h



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 (Il 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 20 juin

| Coût pour le Camp de jour | Coût pour le Service de garde : |
|--------------------------------|---|
| 225\$ / 1 ^{er} enfant | 40\$ / semaine (inscrire le nombre de sem. : sem. inscrites = sem. payables) 3 versements possibles |
| 200\$ / 2 ^e enfant | |
| 175\$ / 3 ^e enfant | 250\$ / 7 semaines |

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

SIGNATURE : _____

DATE : _____

Responsable : Martine Thériault loisirss@cgocable.ca

418-869-3170