



FICHE D'INSCRIPTION 2016

AC	<input type="checkbox"/>
NC	<input type="checkbox"/>
RM	<input type="checkbox"/>

CAMP DE JOUR DE LA MUNICIPALITÉ DE LA PÊCHE LES FORMIDABLES

Vous devez retourner en même temps la fiche d'inscription et la ou les fiches santé.
S.V.P. remplir une fiche santé par enfant et écrire en lettres moulées.

1. PARENT(S) /TUTEUR(S)

	1 ^{er} parent/ tuteur		2 ^e parent /tuteur
Nom de famille		Nom	
Prénom		Prénom	
Lien avec l'enfant		Lien avec l'enfant	
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 payeur :			

2. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR L'ENFANT

*À noter : l'enfant doit avoir 5 ans au 30 juin 2016, et pas plus de 12 ans

1^{ER} ENFANT :

Nom de famille :	Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Prénom :	Date de naissance : (JJ/MM/AAAA) : / /
Adresse :	Âge au 30 juin 2016 :
	Dernier degré d'études complété (maternelle, 1 ^{re} année, 2 ^e année, etc.)
Code postal :	

2^E ENFANT :

Nom de famille :	Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Prénom :	Date de naissance : (JJ/MM/AAAA) : / /
Adresse :	Âge au 30 juin 2016 :
	Dernier degré d'études complété (maternelle, 1 ^{re} année, 2 ^e année, etc.)
Code postal :	

3^E ENFANT :

Nom de famille :	Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Prénom :	Date de naissance : (JJ/MM/AAAA) : / /
Adresse :	Âge au 30 juin 2016 :
	Dernier degré d'études complété (maternelle, 1 ^{re} année, 2 ^e année, etc.)
Code postal :	

3. CHOIX DE SESSION

Dates	Cochez
1) 27 juin au 30 juin (4 jours)	<input type="checkbox"/>
2) 4 juillet au 8 juillet	<input type="checkbox"/>
3) 11 juillet au 15 juillet	<input type="checkbox"/>
4) 18 juillet au 22 juillet	<input type="checkbox"/>

Dates	Cochez
5) 25 juillet au 29 juillet	<input type="checkbox"/>
6) 1 ^{er} août au 5 août	<input type="checkbox"/>
7) 8 août au 12 août	<input type="checkbox"/>
8) 15 août au 19 août	<input type="checkbox"/>

4. SERVICE DE GARDE

Votre enfant fréquentera-t-il le service de garde? <p style="text-align: center;">Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>	
Si OUI, qui est autorisé à aller le chercher le soir (autre que l'un des deux parents ou le tuteur)?*	
Prénom :	Prénom :
Nom :	Nom :
Lien avec l'enfant :	Lien avec l'enfant :
Téléphone (rés.) :	Téléphone (rés.) :
Téléphone (cell.) :	Téléphone (cell.) :
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 de la présente fiche à aller chercher votre enfant, vous devez transmettre au préalable au service de garde un avis écrit précisant le nom de cette personne.

**Pour la sécurité de votre enfant, une note écrite et signée par le ou les parents est requise lorsque l'enfant quitte seul. Merci de votre collaboration.

Nom du parent ou tuteur

Signature du parent ou tuteur

Date de la signature

5. TAILLE DE CHANDAIL

Veuillez préciser ci-dessous la taille de chandail portée par le ou les enfants. Un t-shirt du camp sera fourni aux enfants pour les sorties.

Enfant 1	Petit <input type="checkbox"/>	Moyen <input type="checkbox"/>	Grand <input type="checkbox"/>
Enfant 2	Petit <input type="checkbox"/>	Moyen <input type="checkbox"/>	Grand <input type="checkbox"/>
Enfant 3	Petit <input type="checkbox"/>	Moyen <input type="checkbox"/>	Grand <input type="checkbox"/>

6. CALCUL DES FRAIS À PAYER

Semaines	Camp de jour (veuillez inscrire le montant)	Service de garde (veuillez inscrire le montant)	Montant à payer (camp de jour + service de garde)	Mode de paiement (réservé à l'administration)
1. Du 27 juin au 30 juin*				Paielement 1 :
2. Du 4 juillet au 8 juillet				
3. Du 11 juillet au 15 juillet				Paielement 2 :
4. Du 18 juillet au 22 juillet				
5. Du 25 juillet au 29 juillet				Paielement 3 :
6. Du 1 ^{er} août au 5 août				
7. Du 8 août au 12 août				Paielement 4 :
8. Du 15 août au 19 août				
Les 8 semaines				
TOTAL À PAYER				

* Semaine de 4 jours du 27 au 30 juin : le tarif du camp de jour est, pour les résidents, de 70 \$ pour le premier enfant et de 60 \$ pour le deuxième enfant et les enfants suivants (à noter que pour les familles à revenus modestes, le coût sera de 40 \$ cette semaine-là). Il en coûtera 20 \$ par enfant pour le service de garde, et ce, pour tous.

RAPPEL DES TARIFS ET DATES LIMITES DE PAIEMENT

TARIFS	Camp de jour	Service de garde
Revenu familial 44 701 \$ et plus	85 \$/semaine	25 \$/semaine
2 ^e enfant et suivants	75 \$/semaine	25 \$/semaine
Revenu familial 44 700 \$ et moins (avec preuve de revenus - avis de cotisation)	50 \$/semaine	25 \$/semaine
2 ^e enfant et suivants	Même montant que le 1 ^{er} enfant	
Inscription tardive (après le 10 juin 2016)	95 \$/semaine	40 \$/semaine
Inscription tardive (après le 10 juin 2016), 2 ^e enfant et suivants	85 \$/semaine	40 \$/semaine
Inscription tardive, revenu familial 44 700 \$ et moins	50 \$/semaine (pas de changement)	25 \$/semaine (pas de changement)
Non-résidents	95 \$/semaine	40 \$/semaine
Non-résidents 2 ^e enfant et suivants	85 \$/semaine	40 \$/semaine

DATES LIMITES DE PAIEMENT	Numéro semaine	Paielement	Date du paielement
Semaines			
Du 27 juin au 30 juin	1	1 ^{er}	6 juin
Du 4 juillet au 8 juillet	2		
Du 11 juillet au 15 juillet	3	2 ^e	20 juin
Du 18 juillet au 22 juillet	4		
Du 25 juillet au 29 juillet	5	3 ^e	4 juillet
Du 1 ^{er} août au 5 août	6		
Du 8 août au 12 août	7	4 ^e	18 juillet
Du 15 août au 19 août	8		

A NOTER : En cas de chèque sans provision, des frais supplémentaires de 25 \$ seront facturés. Les inscriptions impayées aux dates limites applicables aux semaines de camp concernées seront automatiquement annulées.

819 456-2161, poste 0 (réception de la Municipalité), pour nous joindre avant le 27 juin 2016
 819 503-8810, poste 842795 (École secondaire Des Lacs), pour nous joindre à partir du 27 juin 2016
 Cellulaire du camp de jour à compter du 27 juin 2016 : 819 208-6779



FICHE SANTÉ 2016

CAMP DE JOUR DE LA MUNICIPALITÉ DE LA PÊCHE

LES FORMIDABLES

**Vous devez nous retourner la fiche santé avec votre fiche d'inscription.
S.V.P. remplir une fiche santé par enfant et écrire en lettres moulées.**

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 : (JJ/MM /AAAA)	/ /
Code postal :		N° d'assurance- maladie (enfant) :	
Téléphone :		Date d'expiration :	
Nom du médecin traitant :		Clinique ou hôpital :	
Téléphone du médecin :			

2. RÉPONDANT(S) DE L'ENFANT (PÈRE, MÈRE OU TUTEUR)

Nom du père :		Nom de la mère :	
Adresse :		Adresse :	
Téléphone :	(Rés.)	Téléphone :	(Rés.)
	(Bur.)		(Bur.)
	(Cell.)		(Cell.)
Courriel :		Courriel :	

3. EN CAS D'URGENCE

Personne(s) 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 :
Tél. (Rés.) :	Tél. (Rés.) :
Tél. (Bur.) :	Tél. (Bur.) :
Tél. (Cell.) :	Tél. (Cell.) :
Courriel :	Courriel :

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 : _____			
A-t-il déjà eu des blessures graves?		Souffre-t-il de maladies chroniques ou récurrentes ?	
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, date : _____		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, depuis quand ? _____	
Description _____		Description _____	
A-t-il déjà eu les maladies suivantes?		Souffre-t-il des maux suivants?	
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 : _____	

5. VACCINS ET ALLERGIES

A-t-il reçu les vaccins suivants? (facultatif)		Date	A-t-il des allergies?*	
Tétanos	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Fièvre des foins	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Rougeole	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Herbe à puce	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Rubéole	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Piqûres d'insectes	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Oreillons	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Animaux	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Polio	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Médicaments	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
DcaT	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Allergies alimentaires	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

*Allergies : Veuillez décrire la nature et les symptômes des allergies :

Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Epipen, Ana-Kit) en fonction de ses allergies?

Oui* Non

*Si oui, une dose devra être laissée en tout temps au camp de jour.

Qui est autorisé à administrer le médicament et selon quelle posologie?

- Enfant lui-même
- Animateur de l'enfant ou membre du personnel du camp
- Toute personne adulte

Posologie _____

À SIGNER SI VOTRE ENFANT A UNE DOSE D'ADRÉNALINE ET NE PEUT SE L'ADMINISTRER LUI-MÊME

Par la présente, j'autorise les personnes dont le nom est coché ci-dessus à administrer, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline _____ à mon enfant.
(nom du produit)

Signature du parent

6. MÉDICAMENTS

Votre enfant prend-il un ou des médicaments?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Nom du médicament :	Posologie :
Nom du médicament :	Posologie :
Nom du médicament :	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.

7. MÉDICAMENTS EN VENTE LIBRE (SI APPLICABLE)

J'autorise le personnel du camp de jour de la Municipalité de La Pêche à administrer à mon enfant, si nécessaire, un ou plusieurs médicaments sans ordonnance en vente libre.

Cocher les médicaments :

- Acétaminophène (Tylenol, Temptra)
- Antiémétique (Gravol)
- Antihistaminique (Benadryl, Reactine)
- Anti-inflammatoire (Advil)
- Sirop contre la toux
- Antibiotique en crème (Polysporin)
- Autre, préciser : _____

8. AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES (ÉNONCÉS APPLICABLES À VOTRE SITUATION)

Les questions qui suivent nous aideront à mieux intervenir auprès de votre enfant.

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 :	
Fille : A-t-elle commencé à être menstruée? Oui <input type="checkbox"/>	Non, et elle n'est pas renseignée <input type="checkbox"/>
	Non, mais elle est renseignée <input type="checkbox"/>
Y a-t-il des considérations particulières à ce sujet?	

9. BESOINS PARTICULIERS

Merci de compléter cette section qui nous permet de mieux intégrer les enfants qui ont des besoins particuliers.

Votre enfant présente-il des problèmes de comportement?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, a-t-il reçu un diagnostic et lequel? (p. ex. trouble de comportement, TDA/H, anxiété, trouble du spectre de l'autisme, déficience motrice,	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Veuillez décrire les problèmes (utiliser le verso de la page au besoin)	

Est-ce qu'il y a d'autres renseignements importants qui aideraient le personnel du camp de jour à travailler avec votre enfant ? S'il vous plaît détaillez (personnalité, situation familiale, relations avec les autres, troubles du langage, etc.). Au besoin, veuillez utiliser le verso de la page.

Veuillez 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.

Signature du père /de la mère / du tuteur _____

Date _____

10. AUTORISATION DES PARENTS

- o Étant donné que le camp de jour de la Municipalité de La Pêche 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 la Municipalité. Par ailleurs, j'autorise le personnel du camp de jour de la Municipalité de La Pêche à prendre une photo de mon enfant en début de séjour à des fins d'identification.
- o 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.
- o En signant la présente, j'autorise le camp de jour de la Municipalité de La Pêche à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Si la direction du camp de jour de la Municipalité de La Pêche le juge nécessaire, je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance (à mes frais) ou autrement dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire si les personnes responsables n'ont pu me contacter immédiatement.
- o Je m'engage à collaborer avec la direction du camp de jour de la Municipalité de La Pêche 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

_____/_____/_____
Date