



FICHE D'INSCRIPTION 2018

CAMP DE JOUR DE LA MUNICIPALITÉ DE LA PÊCHE

LES FORMIDABLES

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

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 de famille :	
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 2018, 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 2018 :
Code postal :		Dernier degré d'études complété (maternelle, 1 ^{re} année, 2 ^e année, etc.)

819 456-2161, poste 0 (réception de la Municipalité), pour nous joindre avant le 26 juin 2018
819 503-8810, poste 842795 (École secondaire Des Lacs), pour nous joindre à partir du 26 juin 2018
Cellulaire du camp de jour à compter du 26 juin 2018 : à venir

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 2018 :	
		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 2018 :	
		Dernier degré d'études complété (maternelle, 1 ^{re} année, 2 ^e année, etc.)	
Code postal :			

3. CHOIX DE SESSION

Dates	Cochez
1) 26 juin au 29 juin (4 jours)	<input type="checkbox"/>
2) 3 juillet au 6 juillet (4 jours)	<input type="checkbox"/>
3) 9 juillet au 13 juillet	<input type="checkbox"/>
4) 16 juillet au 20 juillet	<input type="checkbox"/>

Dates	Cochez
5) 23 juillet au 27 juillet	<input type="checkbox"/>
6) 30 juillet au 3 août	<input type="checkbox"/>
7) 6 août au 10 août	<input type="checkbox"/>
8) 13 août au 17 août	<input type="checkbox"/>

4. SERVICE DE GARDE

Votre enfant fréquentera-t-il le service de garde?	
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
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"/>

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 26 juin au 29 juin*				Paie ment 1 :
2. Du 3 juillet au 6 juillet*				
3. Du 9 juillet au 13 juillet				Paie ment 2 :
4. Du 16 juillet au 20 juillet				
5. Du 23 juillet au 27 juillet				Paie ment 3 :
6. Du 30 juillet au 3 août				
7. Du 6 août au 10 août				Paie ment 4 :
8. Du 13 août au 17 août				
Les 8 semaines				
TOTAL À PAYER				

* **Semaines de 4 jours du 26 juin au 29 juin et du 3 juillet au 6 juillet** : les tarifs applicables seront : pour les **résidents**, de 75 \$ pour le camp de jour et de 25 \$ pour le service de garde; pour les **non-résidents**, de 85 \$ pour le camp de jour et de 35 \$ pour les services de garde. Pour les **familles à revenus modestes**, le coût sera de 40 \$ pour le camp de jour et de 25 \$ pour le service de garde.

RAPPEL DES TARIFS ET DATES LIMITES DE PAIEMENT

	Camp de jour	Service de garde
Revenu parental 45 916 \$ et plus	90 \$/semaine	30 \$/semaine
Revenu parental 45 916 \$ et moins (revenus modestes)	55 \$/semaine	30 \$/semaine
Non-résidents	100 \$/semaine	45 \$/semaine

DATES LIMITES DE PAIEMENT	Numéro semaine	Paiement	Date du paiement
Semaines			
Du 26 juin au 29 juin (4 jours)	1	1 ^{er}	4 juin
Du 3 juillet au 6 juillet (4 jours)	2		
Du 9 juillet au 13 juillet	3	2 ^e	18 juin
Du 16 juillet au 20 juillet	4		
Du 23 juillet au 27 juillet	5	3 ^e	3 juillet
Du 30 juillet au 3 août	6		
Du 6 août au 10 août	7	4 ^e	16 juillet
Du 13 août au 17 août	8		

A NOTER : En cas de chèque sans provision, la Municipalité facturera des frais supplémentaires de 25 \$. 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 26 juin 2018
819 503-8810, poste 842795 (École secondaire Des Lacs), pour nous joindre à partir du 26 juin 2018
Cellulaire du camp de jour à compter du 26 juin 2018 : à venir



FICHE SANTÉ 2018

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,		Raison :	
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 A 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 à l'enfant 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? <input type="checkbox"/>	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 administrer 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, Tempra)
- 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 remplir 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 la page supplémentaire fournie à la fin du formulaire 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.). Veuillez utiliser la page supplémentaire fournie à la fin du formulaire au besoin.			
Afin d'aider à l'évaluation des besoins de mon enfant, j'autorise le camp de jour à communiquer avec la personne-ressource suivante (facultatif) :			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Nom		Coordonnées (tél., courriel)	

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 aux responsables du camp 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

- 10.1 J'autorise le personnel du camp de jour de la Municipalité de La Pêche à prendre **une photo d'identification** de mon enfant en début de séjour.
- 10.2 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 (**Oui** **Non**)
- 10.3 Si des modifications concernant l'état de santé de mon enfant surviennent 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.
- 10.4 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.
- 10.5 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

RENSEIGNEMENTS SUPPLEMENTAIRES

Votre enfant présente-il des problèmes de comportement? **(suite)**

Est-ce qu'il y a d'autres renseignements importants qui aideraient le personnel du camp de jour à travailler avec votre enfant? **(suite)**