

**CAMP DE JOUR de la Municipalité de Pointe-aux-Outardes**  
**FICHE D'INSCRIPTION**

**1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR L'ENFANT**

|                             |                            |  |
|-----------------------------|----------------------------|--|
| Nom de famille :            |                            | Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> |
| Prénom :                    |                            | Date de naissance :  |
| Adresse + Code postal :     |                            | Dernière année d'études complétée :                          |
| Taille de gilet (encerclez) | Enfant : Petit Moyen Grand |  |

**2. PARENTS OU TUTEUR**

|                   |         |                   |         |
|-------------------|---------|-------------------|---------|
| Parent 1 :        |         | Parent 2 :        |         |
| Occupation :      |         | Occupation :      |         |
| Adresse :         |         | Adresse :         |         |
| Téléphone :       | (Rés.)  | Téléphone :       | (Rés.)  |
|                   | (Bur.)  |                   | (Bur.)  |
|                   | (Cell.) |                   | (Cell.) |
| <b>Courriel :</b> |         | <b>Courriel :</b> |         |

**GARDE de l'enfant**

Parents 1 et 2  Parent 1  Parent 2  Partagée  Tuteur

Êtes-vous disponible pour être parent accompagnateur lors des activités spéciales (covoiturages, surveillance...) :

**Oui  Non  Si oui, numéro de permis de conduire :** \_\_\_\_\_

Un relevé 24 pour les frais de garde pour enfants sera émis à l'attention parent/payeur

Inscrire le **nom du parent payeur et le NAS** : \_\_\_\_\_

À noter que les données confidentielles seront traitées et conservées de façon sécuritaire.

**3. DATES ET TARIFS**

| Dates  | Tarif                        | Cochez                   | Tarif enfant même famille                           | Cochez                   |
|--|------------------------------|--------------------------|---|--------------------------|
| 28 juin au 12 août   | 260\$ 1 <sup>er</sup> enfant | <input type="checkbox"/> | 230\$ 2 <sup>e</sup> enfant de même famille et plus | <input type="checkbox"/> |
| Précisez le nom du 1 <sup>er</sup> enfant inscrit de la même famille |                              |                          |   |                          |

**4. Vacances**

Cochez les semaines où votre enfant sera en vacances du Camp de jour

|                          |                                    |                          |                |                          |                  |                          |                  |
|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|----------------|--------------------------|------------------|--------------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> | 28 juin au 1 <sup>er</sup> juillet | <input type="checkbox"/> | 5 au 8 juillet | <input type="checkbox"/> | 12 au 15 juillet | <input type="checkbox"/> | 19 au 22 juillet |
| <input type="checkbox"/> | 26 au 29 juillet                   | <input type="checkbox"/> | 2 au 5 août    | <input type="checkbox"/> | 9 au 12 août     | <input type="checkbox"/> |                  |

Autres particularités concernant de absences (ex. : jamais présent les lundis, etc.)

**5. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR LA PERSONNE AUTORISÉE À VENIR CHERCHER VOTRE ENFANT**

Parents 1 et 2  Parent 1  Parent 2  Tuteur

**Si autres personnes, précisez:**

|                      |  |                      |  |
|----------------------|--|----------------------|--|
| Prénom et nom :      |  | Prénom et nom :      |  |
| Lien avec l'enfant : |  | Lien avec l'enfant : |  |
| Téléphone (rés.) :   |  | Téléphone (rés.) :   |  |
| Téléphone (autre) :  |  | Téléphone (autre) :  |  |

\* Veuillez noter que si ce n'est pas une personne autorisée qui vient chercher votre enfant, le personnel 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 du présent formulaire à aller chercher votre enfant, vous devez transmettre au préalable un avis précisant le nom de cette personne.

**Mesures de protection COVID-19 – Acceptation du risque**

Dans un contexte de pandémie de COVID-19, la Municipalité de Pointe-aux-Outardes a mis en place les mesures de protection détaillées au document Guide pour les parents, joint au présent formulaire, afin de minimiser le risque de contagion et de propagation du virus.

Il est de la responsabilité de toute personne, notamment les campeurs et leurs parents ou tuteurs, de respecter les mesures de protection mises en place par la Municipalité de Pointe-aux-Outardes.

€ J'ai pris connaissance du document Guide pour les parents et je m'engage à m'y conformer. J'ai discuté du document avec mon enfant, je lui ai expliqué en quoi consistent les mesures et je l'ai informé de l'importance de les respecter. Je comprends et accepte que la Municipalité de Pointe-aux-Outardes ne pourra garantir un milieu sans COVID-19, qui soit exempt de contamination ou de contagion.

**CAMP DE JOUR de la Municipalité de Pointe-aux-Outardes**  
**FICHE SANTÉ**

**EN CAS D'URGENCE**

|                                       |                      |                      |
|---------------------------------------|----------------------|----------------------|
| Personne à joindre en cas d'URGENCE : |                      |                      |
| Prénom et nom :                       | Prénom et nom :      | Prénom et nom :      |
| Lien avec l'enfant :                  | Lien avec l'enfant : | Lien avec l'enfant : |
| Téléphone (rés.) :                    | Téléphone (rés.) :   | Téléphone (rés.) :   |
| Téléphone (autre) :                   | Téléphone (autre) :  | Téléphone (autre) :  |

**ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX**

**ALLERGIES**

| Souffre-t-il des maux suivants? |   | A-t-il des allergies?   |   | Précisez |
|---------------------------------|---|-------------------------|---|----------|
| Asthme                          | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Fièvre des foins        | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |          |
| Diabète                         | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Herbe à puce            | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |          |
| Épilepsie                       | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Piqûres d'insectes      | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |          |
| Migraines                       | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Médicaments             | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |          |
| Autres :                        |   | Allergies alimentaires* | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |          |

**À SIGNER SI VOTRE ENFANT A UNE DOSE D'ADRÉNALINE**

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

Oui  Non

Si vous inscrivez **oui**, vous **devez** fournir une dose. Nous pouvons la conserver pour vous durant la durée totale du Camp ou que votre enfant la conserve en sa possession en tout temps.

Par la présente, j'autorise les personnes désignées par le Camp de jour du village de Pointe-aux-Outardes à administrer, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline \_\_\_\_\_ à mon enfant.

\_\_\_\_\_  
Signature du parent

**MÉDICAMENTS**

|  |   |
|--|---|
| Votre enfant prend-il des médicaments?   | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Si oui, noms des médicaments :   | Posologie :   |
| Les prend-il lui-même? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Précisez :  |

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

|  |   |
|--|---|
| Votre enfant a-t-il besoin d'une veste de flottaison individuelle (VFI) dans l'eau?  | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| <i>Si <b>oui</b>, vous <b>devez</b> nous la fournir lors des activités baignades</i> |   |
| Votre enfant est-il suivi pour des problèmes de comportement?                        | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Si oui, décrire :  |   |
| Autres commentaires  |   |

**AUTORISATION DES PARENTS**

- Étant donné que le Camp de jour du village de Pointe-aux-Outardes 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 du village de Pointe-aux-Outardes.
- Si des modifications concernant l'état de santé de mon enfant survient 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.
- En signant la présente, j'autorise le Camp de jour du village de Pointe-aux-Outardes à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Si la direction du Camp de jour du village de Pointe-aux-Outardes le juge nécessaire, je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire.
- Je m'engage à collaborer avec la direction du Camp de jour du village de Pointe-aux-Outardes 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 du parent ou tuteur

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Date