



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

1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR L'ENFANT

Nom de famille :		NUMÉRO ASSURANCE MALADIE
Prénom :		Date de naissance : AAAA / MM / JJ
		Année scolaire 2023-2024 :

2. PARENTS OU TUTEUR

Parent 1 :		Parent 2 :	
Adresse :		Adresse :	
Téléphone :	(Rés.)	Téléphone :	(Rés.)
	(Bur.)		(Bur.)
	(Cell.)		(Cell.)
Courriel :		Courriel :	

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. De plus, veuillez écrire clairement votre numéro et de vous assurez qu'il soit bien inscrit car dans le cas contraire, malheureusement, vous n'en disposerez pas de relevé 24.

3. DATES ET TARIFS

Dates	Tarif	Cochez	Tarif enfant même famille	Cochez
25 juin au 8 août	295\$ 1 ^{er} enfant	<input type="checkbox"/>	275\$ 2 ^e enfant de même famille et plus	<input type="checkbox"/>
Option à semaine	50\$/ semaine	<input type="checkbox"/>	<i>*À reconfirmer avec Caroline pour les semaines restantes</i>	

Cochez les semaines où votre enfant sera au Camp de jour

<input type="checkbox"/>	24 juin	<input type="checkbox"/>	1 juillet	<input type="checkbox"/>	8 juillet	<input type="checkbox"/>	15 juillet
<input type="checkbox"/>	22 juillet	<input type="checkbox"/>	29 juillet	<input type="checkbox"/>	5 août		

Précisez le nom du 1^{er} enfant inscrit de la même famille



4. Vacances

Cochez les semaines où votre enfant sera en vacances du Camp de jour							
<input type="checkbox"/>	24 juin	<input type="checkbox"/>	1 juillet	<input type="checkbox"/>	8 juillet	<input type="checkbox"/>	15 juillet
<input type="checkbox"/>	22 juillet	<input type="checkbox"/>	29 juillet	<input type="checkbox"/>	5 août		
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 <input type="checkbox"/>		Parent 1 <input type="checkbox"/>		Parent 2 <input type="checkbox"/>		Tuteur <input type="checkbox"/>	
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 ou **personne non-autorisé** veuillez l'inscrire.

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 foies	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"/>	
		Intolérances :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
		Autres :		

Maladies chroniques ou problèmes physiques <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez :
Votre enfant a-t-il déjà subi une intervention chirurgicale ou des blessures graves? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez :
Votre enfant présente-t-il des problèmes de comportement? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez :
Votre enfant a-t-il reçu un diagnostic et/ou une cote? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> En attente d'un diagnostic <input type="checkbox"/> Aucun problème de santé connu	Si oui, précisez :
Doit-on porter attention à certains comportements ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Agressivité envers lui-même ou les autres <input type="checkbox"/> Anxiété <input type="checkbox"/> Fugues <input type="checkbox"/> Tendance à faire des crises <input type="checkbox"/> Autres (Précisez : _____)
Votre enfant a-t-il besoin d'un gilet de sauvetage lors des baignades? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	A-t-il déjà eu les maladies suivantes? <input type="checkbox"/> Varicelle <input type="checkbox"/> Oreillons <input type="checkbox"/> Scarlatine <input type="checkbox"/> Rougeole Autres, précisez : _____



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.

Code de vie

Le service des loisirs de la Municipalité de Pointe-aux-Outardes a une politique « Tolérance zéro » pour les enfants ayant un comportement inapproprié. La direction de la Municipalité de Pointe-aux-Outardes se réserve le droit d'exclure d'une activité, de suspendre ou de renvoyer un enfant dont la conduite sera jugée inacceptable dans le meilleur intérêt du Camp de jour PAO.

En s'inscrivant aux activités du camp de jour, le parent et l'enfant s'engagent à respecter les règlements suivants :

- Participe activement aux activités proposées
- Respecte les autres enfants et les animateurs dans mes paroles et mes gestes
- Respecte le matériel et les lieux du camp
- J'écoute les animateurs et je respecte les consignes
- Je m'habille convenablement pour participer aux activités
- Je reste avec mon groupe en tout temps

Initiales obligatoires : _____



• Autorisations et déclarations des parents/tuteurs

- La Municipalité de Pointe-aux-Outardes prendra des photos 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 de la Municipalité de Pointe-aux-Outardes.
 - J'autorise la Municipalité à se servir des photos prises de mon enfant.
 - Je n'autorise pas la Municipalité à se servir des photos prises de mon enfant.
- 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. **L'omission d'informations essentielles au sujet de l'enfant peut entraîner l'expulsion de ce dernier, et ce, sans remboursement.**
- En signant la présente, j'autorise le Camp de jour PAO à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Si la direction du Camp de jour de la Municipalité de Pointe-aux-Outardes le juge nécessaire, je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement (à mes frais) dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire.
- De plus, s'il est impossible de nous rejoindre, j'autorise le médecin choisi par la Municipalité à prodiguer à mon enfant tous les soins médicaux requis par son état, y compris la pratique d'une intervention chirurgicale, des injections, une transfusion, l'anesthésie et l'hospitalisation.
- J'autorise la Municipalité de Pointe-aux-Outardes à partager des renseignements personnels concernant mes enfants auprès des services de santé pour les soins contenus dans le dossier de mes enfants. Cette autorisation est valide jusqu'au 9 AOÛT 2024.
- Je m'engage à collaborer avec la direction du Camp de jour de la Municipalité 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

Autres spécifications :
