



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

1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR L'ENFANT

Année scolaire 2024-2025 :

Nom de famille :

Prénom :

Date de naissance :

AAAA / MM / JJ

2. PARENTS OU TUTEUR

Parent 1 :

Parent 2 :

Adresse :

Adresse :

Tel. (Rés.): ()

Tel. (Rés.): ()

Tel. (Bur.): ()

Tel. (Bur.): ()

Tel. (Cell.): ()

Tel. (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. TARIFS

Option	Tarif	Cochez	Tarif enfant même famille	Cochez
Temps plein	295\$ 1 ^{er} enfant	<input type="checkbox"/>	275\$ 2 ^e enfant de même famille et plus	<input type="checkbox"/>
Temps partiel-semaine	50\$/semaine	<input type="checkbox"/>	<u>*À reconfirmer avec Caroline pour les semaines restantes</u>	

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

- 23 au 26 juin 30 au 3 juillet 7 au 10 juillet 14 au 17 juillet
- 21 au 24 juillet 28 au 31 juillet 4 au 7 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

Parent 1

Parent 2

Tuteur

Si autres personnes, précisez:

Prénom et nom :

Prénom et nom :

Lien avec l'enfant :

Lien avec l'enfant :

Téléphone

Téléphone

* 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 :

Lien :

Lien :

Tel. (rés.) :

Tel. (rés.) :

Tel. (rés.) :

Tel. (autre) :

Tel. (autre) :

Tel. (autre) :

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Souffre-t-il des maux suivants ?

Asthme

Oui Non

Diabète

Oui Non

Épilepsie

Oui Non

Migraines

Oui Non

Autres :

ALLERGIES

A-t-il des allergies ?

Fièvre des foins

Oui Non

Herbe à puce

Oui Non

Piqûres d'insectes

Oui Non

Médicaments

Oui Non

Allergies alimentaires*

Oui Non

Intolérances :

Oui Non

Autres :

Maladies chroniques ou problèmes physiques

Oui Non

Si oui, précisez :

Votre enfant a-t-il déjà subi une intervention chirurgicale ou des blessures graves?

Oui Non

Si oui, précisez :

Votre enfant présente-il des problèmes de comportement?

Oui Non

Si oui, précisez :

Votre enfant a-t-il reçu un diagnostic et/ou une cote?

Oui

Si oui, précisez :

En attente d'un diagnostic

Aucun problème de santé connu

Doit-on porter attention à certains comportements ?

Oui Non

Agressivité envers lui-même ou les autres

Anxiété

Fugues

Tendance à faire des crises

Autres (Précisez : _____)

Votre enfant a-t-il besoin d'un gilet de sauvetage lors des baignades?

Oui Non

A-t-il déjà eu les maladies suivantes?

- Varicelle
 - Oreillons
 - Scarlatine
 - 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 Non

Si oui, noms des médicaments :

Posologie :

Les prend-il lui-même ? Oui Non

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 à 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 7 AOÛT 2025.
- 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 :
