

Renseignements personnels * Remplir une fiche par enfant

SECTION 1 - RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT (enfant)

Nom :		Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		Date de naissance :	
Numéro d'assurance maladie :			Date d'expiration :		
Adresse :		Ville :		Code postal :	
Téléphone :		Autre téléphone :			
École primaire :				Année complétée au 30 juin :	
GRANDEUR DE CHANDAIL		TP - P - M - G - TG			

SECTION 2 - RENSEIGNEMENTS SUR LES RÉPONDANTS (parents ou tuteurs)

Nom :				Lien de parenté :	
Téléphones	Maison:	Cellulaire:	Travail :	Courriel :	
Nom :				Lien de parenté :	
Téléphones	Maison:	Cellulaire:	Travail :	Courriel :	

Autres personnes à contacter en cas d'urgence

Nom :		Lien :		Tél. :	
Nom :		Lien :		Tél. :	

SECTION 3 - AUTORISATIONS DE DÉPART

J'autorise mon enfant à quitter le SAE à pied seul : Oui Non / à vélo seul : Oui Non

J'autorise mon enfant à quitter le SAE avec :

Nom :		Lien de parenté :		Tél. :	
Nom :		Lien de parenté :		Tél. :	
Nom :		Lien de parenté :		Tél. :	

Si vous détenez les noms de personnes que vous ne désirez pas autoriser à venir chercher votre enfant, veuillez s.v.p. les inscrire ici :

RECONNAISSANCE DES RISQUES INHÉRENTS À LA PRATIQUE D'ACTIVITÉS ET REFUS D'UN PARTICIPANT

Je reconnais qu'il y a des risques inhérents à la pratique d'activités. Le camp n'est aucunement responsable de tout incident ou inconfort subi par le/les participant/s mentionné/s sur le présent formulaire d'inscription.

Le camp se réserve le droit de refuser un participant ou même d'annuler son inscription, sans remboursement, en raison d'informations inexactes ou insuffisantes ou pour des questions de sécurité envers lui-même ou les autres participants.

Le camp se réserve le droit de refuser un participant pour les raisons suivantes : non-paiement, non-respect répétitif du code de vie ou informations inexactes sur le participant.

Initiales: _____

Fiche santé

SECTION 4 - INFORMATION MÉDICALE SUR VOTRE ENFANT

Votre enfant prend-t-il des médicaments? Oui, remplir section 5 Non

Votre enfant souffre-t-il d'allergies sévères? Oui, remplir section 6 Non

Veillez identifier les allergies, malaises, maladies ou autres particularités :

Allergie : Troubles cardiaques : Troubles de langage :

Asthme : Troubles auditifs : Handicap physique :

Diabète : Troubles moteurs : Handicap intellectuel :

Épilepsie : Spécifiez : _____ Spécifiez : _____

Autres : _____

Si vous avez coché une ou plusieurs cases plus haut, veuillez faire une description détaillée de cette situation santé (toutes les informations sont pertinentes pour la sécurité de votre enfant).

Exemple : Épilepsie : Type de crise, fréquence, durée, moment dans la journée, sa médication (voir tableau plus bas), son médecin, interventions pratiquées lors d'une crise, etc. (Pour les allergies graves voir sec. 6)

SECTION 5 : MÉDICATION

Seuls les médicaments prescrits par un spécialiste de la santé seront supervisés

Nom du médicament	Couleur	Dose nombre ou mg	Heure	Application	Raison / maladie
<i>Ex: RITALIN</i>	<i>Blanche</i>	<i>2 capelets</i>	<i>10h30</i>	<i>Avaler avec de l'eau</i>	<i>Hyperactivité</i>

Soins ou attention particulière à apporter : _____

Légalement, aucun médicament ne peut être administré par le personnel d'animation.

Le participant doit être capable de prendre seul ses médicaments. Cependant, nous autorisons le personnel à prendre toutes les mesures qu'ils jugeront nécessaires dans l'éventualité d'un problème de santé de force majeure.

Je dégage le SAE et ses employés de toutes responsabilités en lien aux soins prodigués à mon enfant.

J'autorise les responsables du SAE à prendre les mesures nécessaires en cas d'urgence (premiers soins, ambulance, etc.).

Oui Non

Je reconnais que pour assurer aux enfants un séjour sécuritaire et de qualité, le SAE se doit d'obtenir, au sujet des enfants, les informations les plus complètes possible. Par la présente, je déclare que toutes les informations requises ont été fournies pour permettre l'inscription de mon enfant au SAE, et que ces informations sont exactes et complètes.

Initiales: _____

Suite - Fiche santé

SECTION 6 : ALLERGIES GRAVES

De quelle allergie souffre votre enfant :

Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Epipen, Ana-kit) : Oui Non

Si oui, qui est autorisé à conserver et à administrer ce médicament et selon quelle posologie :

- L'enfant lui-même (auto-administration)
- Animateur de l'enfant
- Toute personne adulte responsable (ex. : coordonnateur, gestionnaire, ambulanciers, etc.)
- POSOLOGIE :

Autres informations :

SECTION 7 : AUTRES INFORMATIONS SUR VOTRE ENFANT

Est-il dans une classe à effectif réduit? Oui Non

Peut-il fuguer? Oui Non

A-t-il des difficultés relationnelles ou affectives? Oui Non

Si oui, comment l'enfant se comporte-t-il à l'école, dans son milieu familial et social :

Votre enfant sait-il nager? Oui Non Avec aide? Oui Non

Mon enfant doit nager en tout temps avec : Veste de flottaison / Nouille

Souffre-t-il de phobie (peur) et/ou de vertige? Oui Non

Si oui, spécifiez :

SECTION 8 : INFORMATIONS SUR LES SERVICES ET ACCEPTATION DES CONDITIONS

RÈGLES DE VIE AU CAMP DE JOUR ET AU SERVICE DE GARDE

Il est de votre responsabilité de prendre connaissance du *Code de vie de groupe* afin d'en informer votre enfant. Si, par inadvertance, vous n'avez pas récupéré la documentation lors de l'inscription, vous devez tout de même en prendre connaissance en communiquant avec Mario Readman au numéro de téléphone suivant : 819 560-8484 ou en consultant notre site Internet :

www.municipalitededudswell.ca

Ce *Code de vie* stipule que certains comportements inadéquats peuvent faire l'objet d'une expulsion temporaire ou définitive selon le cas, et sans remboursement.

Le Service d'animation estivale n'est aucunement responsable de tout incident ou inconvénient causé à l'enfant ci-dessus mentionné et se réserve le droit de refuser un enfant ou ne plus l'accepter en raison d'informations inexactes ou insuffisantes et même annuler son inscription.

J'ai lu et compris les informations et les conditions mentionnées dans le présent formulaire.

J'ai rempli, signé et indiqué toutes les informations nécessaires à la sécurité des enfants participant au SAE.

Signature du parent ou du tuteur

Date

Finances et informations

SECTION 9 : COÛTS ET SERVICES OFFERTS

TARIF 7 SEMAINES

SAE ET Service de Garde	De 7h00 à 17h15
1er enfant, SAE +SG	190.00 \$
2 ^e enfant, 3 ^e et suivants, SAE +SG	175.00 \$
SAE seulement	De 9h00 à 16h00
1er enfant, SAE	155.00 \$
2 ^e enfant, 3 ^e et suivants, SAE	140.00 \$
Semaines de la CONSTRUCTION	du 23 au 27 juillet – du 30 juillet au 3 août
Si 8e semaine	30,00 \$ additionnel

**Les 6 semaines de base sont immuables
(26 juin au 21 juillet et 6 au 17 août)**

Détails Semaines de la construction

Semaine du 23 au 27 juillet – Semaine du 30 juillet au 3 août

Nombre limité à 25 inscriptions en raison du personnel réduit à 50 %:

- Idéalement un enfant ne pourrait être inscrit qu'à une seule de ces semaines
- La facture pour un enfant inscrit exceptionnellement aux deux semaines sera majorée de 30 \$.

Vous devrez donc choisir entre ces options :

OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3	OPTION 4
PRÉSENT du 23 au 27 juillet	ABSENT du 23 au 27 juillet	PRÉSENT les deux semaines 30 \$	ABSENT les deux semaines
ABSENT du 30 juillet au 3 août	PRÉSENT du 30 juillet au 3 août		
COCHEZ : <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Des frais supplémentaires de 50 % seront appliqués aux non-résidents.

CALENDRIER DES ACTIVITÉS SPÉCIALES

SVP Assurez-vous que l'enfant porte son chandail de camp lors des sorties

- 5 juillet – Astrolab et plage Baie des Sables - Mégantic
- 18 juillet – Musée J.-A. Bombardier et centre culturel - Valcourt
- 25 juillet – Spectacle atelier de Gumboots - Marbleton
- 8 août – Théâtre de la Dame de Cœur - Upton

SECTION 10 : ADMINISTRATION – FRAIS POUR LA FAMILLE
Nom des parents _____

Téléphone _____

Nom des enfants
Frais

1	SAE	<input type="checkbox"/>	SERVICE DE GARDE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	SAE	<input type="checkbox"/>	SERVICE DE GARDE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	SAE	<input type="checkbox"/>	SERVICE DE GARDE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	SAE	<input type="checkbox"/>	SERVICE DE GARDE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	SAE	<input type="checkbox"/>	SERVICE DE GARDE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si l'enfant viendra 8 semaines, encerclez le chiffre qui précède son nom.

Nombre d'enfants venant 8 semaines _____ x 30 \$ = _____

TOTAL À PAYER : \$

SECTION RÉSERVÉE À L'ADMINISTRATION
Comptant _____ **Montant :** _____

No chèques _____ **Date:** _____ **Montant :** _____

 _____ **Date :** _____ **Montant :** _____

Frais d'inscription recueillis par : _____

Date : _____

NOTES SUPPLÉMENTAIRES