



CAMP DE JOUR / MUNICIPALITÉ DE RAWDON

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 | | |
| Ass. maladie | → | Date d'expiration | | |
| Adresse | | Âge | | |
| Code postal | | Taille : | Poids : | |

2. PARENTS OU TUTEUR

| | | | |
|---|---------|----------------|---------|
| Nom du père | | Nom de la mère | |
| Adresse | | Adresse | |
| Téléphone | Rés. : | Téléphone | Rés. : |
| | Bur. : | | Bur. : |
| | Cell. : | | Cell. : |
| Courriel | | Courriel | |
| GARDE DE L'ENFANT Père et mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Partagée <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> | | | |
| POUR ÉMISSION DU RELEVÉ 24 Nom du parent payeur : | | N.A.S. | |

3. CHOIX DE SESSION

Bilingue Régulier

| Semaine (cochez) | Dates | Tarif | | Semaine (cochez) | Dates | Tarif | |
|----------------------------|------------------|----------|--------------|----------------------------|----------------------|----------|--------------|
| | | Résident | Non résident | | | Résident | Non résident |
| 1 <input type="checkbox"/> | 26 au 30 juin | 61,80 \$ | 87,55 \$ | 5 <input type="checkbox"/> | 24 au 28 juillet | 61,80 \$ | 87,55 \$ |
| 2 <input type="checkbox"/> | 3 au 7 juillet | 61,80 \$ | 87,55 \$ | 6 <input type="checkbox"/> | 31 juillet au 4 août | 61,80 \$ | 87,55 \$ |
| 3 <input type="checkbox"/> | 10 au 14 juillet | 61,80 \$ | 87,55 \$ | 7 <input type="checkbox"/> | 7 au 11 août | 61,80 \$ | 87,55 \$ |
| 4 <input type="checkbox"/> | 17 au 21 juillet | 61,80 \$ | 87,55 \$ | 8 <input type="checkbox"/> | 14 au 18 août | 61,80 \$ | 87,55 \$ |

4. SERVICE DE GARDE

Votre enfant fréquentera-t-il le service de garde?

Le matin : Oui Non Le soir : Oui Non

Tarif par semaine : Résident : 20,60 \$ | Non-résident : 35,05 \$

Si OUI, qui est autorisé à aller le chercher le soir (autre que l'un des deux parents)?*

| | |
|----------------------|---|
| Prénom : | Nom : |
| Lien avec l'enfant : | 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 du présent formulaire à aller chercher votre enfant, vous devez transmettre au préalable au service de garde un avis écrit précisant le nom de cette personne.

5. EN CAS D'URGENCE (Nom de personne à contacter autre que les parents)

| | | | |
|----------------|---------|--------------------|--|
| Nom de famille | | Prénom | |
| Téléphone | Rés. : | Lien avec l'enfant | |
| | Bur. : | | |
| | Cell. : | | |

FICHE DE SANTÉ

1. ALLERGIES | Indiquez d'un crochet s'il y a lieu. Expliquez si nécessaire

- Noix Insectes Fruits de mer
 Arachides Rhinite allergique (rhume des foins) Produits laitiers Pénicilline
 Antibiotiques Autres allergies

Utilise-t-il une dose d'adrénaline (épipen-ana-kit) ? Oui Non

2. ÉTAT GÉNÉRAL DE SANTÉ | L'enfant souffre-t-il :

- Asthme Épilepsie Troubles digestifs
 Cœur Osseux Troubles intestinaux
 Diabète Poumons Troubles musculaires

L'enfant souffre-t-il : des oreilles du nez de la gorge des yeux

L'enfant a-t-il des difficultés au niveau : Auditif Moteur Langage Visuel

Explications : _____

3. MÉDICAMENTS | Votre enfant prend-il des médicaments? Oui Non

Si oui, nom et posologie : _____

Vous devez identifier les médicaments au nom de l'enfant et les remettre Au coordonnateur lors de l'arrivée. **Tout médicament doit être accompagné de la prescription du médecin, sur le flacon ou sur papier.**

Il est obligatoire d'indiquer si votre enfant a de graves problèmes physique, de santé ou de comportement à défaut de quoi, l'admissibilité de votre enfant pourrait être révisée, retardée et même refusée. Transmettre toute nouvelle information médicale s'il y a lieu.

4. COMPORTEMENT

Votre enfant présente-t-il une particularité dans son comportement? Oui Non

Agressivité, timidité ou autres : Oui Non Spécifiez : _____

A-t-il des habitudes particulières? Oui Non Spécifiez : _____

5. BAINNADE

J'autorise mon enfant à participer à l'activité de baignade : Oui Non

Signature d'un parent : _____

Votre enfant sait-il nager sans l'aide de flotteurs sur une distance de 10 mètre sans toucher le fond?

Oui Non

Si non, prévoir l'achat d'une veste de flottaison, identifiée à son nom.

Je confie mon enfant _____ aux soins du personnel du camp de jour et j'accepte qu'il participe aux activités planifiées tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du camp de jour, y compris les sorties.

J'autorise le camp de jour à prendre mon enfant en photo lors des activités : Oui Non

En cas d'urgence, le parent consent à ce qu'un représentant du camp de jour prenne les mesures nécessaires pour le soigner et il accepte d'en assumer les frais.

Nom du parent ou tuteur

Signature du parent ou tuteur

Date de la signature