



Gestion et administration
3860, rue de l'Hôtel-de-Ville
Notre-Dame-du-Mont-Carmel (QC) G0X 3J0
campdejour@mont-carmel.org
819-375-9856, poste 110

Site du camp de jour
Centre municipal des loisirs
3880, rue de l'Hôtel-de-Ville
Notre-Dame-du-Mont-Carmel (QC) G0X 3J0
819-376-7161

Restez informés ! www.facebook.com/campdejourmontcarmel

FRAIS D'INSCRIPTION ET MODALITÉS DE PAIEMENT

Nom de l'enfant : _____
No. Ass-maladie : _____

Coûts	1 ^{er} enfant	2 ^e enfant	3 ^e enfant
Inscription	220 \$	185 \$	130 \$
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total A :	\$	\$	\$

Date	Sortie	Coût	x
28 juin	Journée médiévale - Vallée Rocanigan, Ste-Flore	12,00 \$	
5 juillet	Récréofun avec trampolines Bungee - Trois-Rivières	13,40 \$	
12 juillet	Au fil de l'eau - Boréal-Croisière AML Nombre limité !	21,22 \$	
19 juillet	45 degrés nord	13,70 \$	
26 juillet	H2O - Pointe-du-Lac - grandeur : _____ cm	13,50 \$	
2 août	Jeux de la Mauricie - MRC Des Chenaux	5,00 \$	
9 août	Journée culturelle des camps de jour - MRC Des Chenaux	Gratuit	
16 août	Bora Parc - Valcartier	22,45 \$	
Total B :		\$	

construction

Les sorties doivent être sélectionnées et payées au moment de l'inscription, aucune modification ne pourra être faite après le 5 juin. Aucun enfant ne sera accepté aux sorties après cette date.

Je serai présent (e) au pré-camp

Chandail (version 2016 obligatoire)	15 \$	Grandeurs pour enfants	Small 6-8 <input type="checkbox"/> Medium 10-12 <input type="checkbox"/> Large 14-16 <input type="checkbox"/>	Grandeurs pour adultes	Small <input type="checkbox"/> Medium <input type="checkbox"/> Large <input type="checkbox"/>
Total C :					\$

Carte d'identification plastifiée (3)	5,00 \$
Carte d'identification numérique	GRATUIT
Total D :	\$

Partie réservée à l'administration

A : _____ \$ + B : _____ \$ + C : _____ \$ + D : _____ \$ = _____ \$

1 versement à l'inscription : _____ \$ argent débit chèque

3 versements : (total de ABC / 3) entre le 16 mars et 25 mai (total de ABC / 2)

16 mars : _____ \$ argent débit chèque
20 avril : _____ \$ argent débit chèque
25 mai : _____ \$ argent débit chèque





Gestion et administration
3860, rue de l'Hôtel-de-Ville
Notre-Dame-du-Mont-Carmel (QC) G0X 3J0
campdejour@mont-carmel.org
819-375-9856, poste 110

Site du camp de jour
Centre municipal des loisirs
3880, rue de l'Hôtel-de-Ville
Notre-Dame-du-Mont-Carmel (QC) G0X 3J0
819-376-7161

Restez informés !  www.facebook.com/campdejourmontcarmel

Renseignements personnels

(document à remettre lors de l'inscription)

Camp de jour 2017 - 28 juin au 18 août 2017

Nom de l'enfant : _____ Âge : _____
Date de naissance : _____ Sexe : M F
Numéro d'assurance-maladie : _____ Date expiration : _____

Nom des parents ou tuteurs légaux

Nom : _____	Nom : _____
Adresse : _____	Adresse : _____
Ville : _____	Ville : _____
Téléphone : _____	Téléphone : _____
Téléphone : _____	Téléphone : _____
Lien avec l'enfant : _____	Lien avec l'enfant : _____
Courriel : _____	Courriel : _____
N.A.S. : relevés 24 _____	N.A.S. : relevés 24 _____

Personnes (2) à rejoindre en cas d'urgence, autre que les parents

Nom : _____	Nom : _____
Adresse : _____	Adresse : _____
Ville : _____	Ville : _____
Téléphone : _____	Téléphone : _____
Téléphone : _____	Téléphone : _____
Lien avec l'enfant : _____	Lien avec l'enfant : _____

Autorisation de départ

Autorisation de départ seul Oui Non
J'autorise mon enfant à quitter, seul (e) les lieux à : _____ (Heure)
Signature du parent ou du tuteur : _____

Activités aquatiques

Votre enfant sait-il nager ? Très bien Moyennement Très peu Pas du tout





Gestion et administration
3860, rue de l'Hôtel-de-Ville
Notre-Dame-du-Mont-Carmel (QC) G0X 3J0
campdejour@mont-carmel.org
819-375-9856, poste 110

Restez informés !  www.facebook.com/campdejourmontcarmel

Site du camp de jour
Centre municipal des loisirs
3880, rue de l'Hôtel-de-Ville
Notre-Dame-du-Mont-Carmel (QC) G0X 3J0
819-376-7161

Fiche médicale (document à remettre lors de l'inscription)

Nom de l'enfant :		
PROBLÈMES PHYSIQUES	Si oui, précisez :	
Votre enfant souffre-t-il de problèmes physiques (cardiaque, asthme, épilepsie, problèmes articulaires, etc.) ? Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>		
COMPORTEMENT ET TROUBLES	Si oui, précisez :	
Votre enfant souffre-t-il de problèmes particuliers (comportement, apprentissage, psychologique, social, autres) ? Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>		
ALLERGIES ET INTOLÉRANCES	Si oui, précisez :	
Votre enfant souffre-t-il d'allergies ou d'intolérances ? Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>		
MÉDICATION		
Votre enfant prend-il des médicaments ? Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	Raison :	
Le camp de jour doit-il administrer les médicaments ? Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	Posologie :	
(si oui, remplir le formulaire autorisation de prise de médicament en annexe)	Fréquence :	
AUTRE	Si oui, précisez :	
Autres conditions particulières concernant la santé de votre enfant ?		
Message important – J'autorise le camp de jour de Notre-Dame-du-Mont-Carmel à distribuer ou à administrer des médicaments prescrits, selon une posologie précise transmise par les parents qui en feront la demande, le tout sous réserve des mesures de précautions à prendre. Le coordonnateur du camp de jour me fera part de toute décision quant aux soins prodigués à mon enfant dans les plus brefs délais afin d'obtenir mon accord. S'il est impossible au responsable du camp de jour de me joindre, je l'autorise à intervenir en mon nom. De plus, en cas d'urgence grave, j'autorise le médecin traitant à effectuer tout traitement, incluant anesthésie, opération, hospitalisation ou autre dans le but de soigner ou sauver la vie de mon enfant.		
Nom du parent	Signature (inscription)	Date jj/mm/aaaa
Nom du parent	Signature (inscription)	Date jj/mm/aaaa



Gestion et administration
3860, rue de l'Hôtel-de-Ville
Notre-Dame-du-Mont-Carmel (QC) G0X 3J0
campdejour@mont-carmel.org
819-375-9856, poste 110

Site du camp de jour
Centre municipal des loisirs
3880, rue de l'Hôtel-de-Ville
Notre-Dame-du-Mont-Carmel (QC) G0X 3J0
819-376-7161

Restez informés !  www.facebook.com/campdejourmontcarmel

Acceptation/Autorisation (document à remettre lors de l'inscription)

- **Acceptation de la politique du camp de jour et autorisation d'inscription**

J'autorise le camp de jour de Notre-Dame-du-Mont-Carmel à utiliser des photos, sur lesquelles on aperçoit mon ou mes enfants, à des fins promotionnelles, et ce, sans rémunération :

Nom de l'enfant

Initiales du parent

- J'ai pris connaissance du fonctionnement du camp de jour de Notre-Dame-du-Mont-Carmel, des procédures et de la politique de remboursement décrits dans le Guide des parents du Camp de jour de Notre-Dame-du-Mont-Carmel, je les accepte et j'autorise l'inscription de mon enfant.

Nom (caractères d'imprimerie)

Signature

Date

- J'autorise le camp de jour de Notre-Dame-du-Mont-Carmel à partager mon courriel afin de recevoir des invitation ou informations d'activités de loisirs Oui Non

Courriel : _____



Gestion et administration
3860, rue de l'Hôtel-de-Ville
Notre-Dame-du-Mont-Carmel (QC) G0X 3J0
campdejour@mont-carmel.org
819-375-9856, poste 110

Site du camp de jour
Centre municipal des loisirs
3880, rue de l'Hôtel-de-Ville
Notre-Dame-du-Mont-Carmel (QC) G0X 3J0
819-376-7161

Restez informés !  www.facebook.com/campdejourmontcarmel

ANNEXE

(document OBLIGATOIRE à remettre si nous devons administrer des médicaments à votre enfant)

AUTORISATION DE PRISE D'UN MÉDICAMENT

Pour des raisons de sécurité, nous vous demandons de mentionner tout médicament qui doit être pris par l'enfant. Merci d'aviser la direction du camp de jour de toute modification concernant ces renseignements.

INFORMATION SUR L'ENFANT

Nom de l'enfant :	
Date de naissance :	
Numéro d'assurance-maladie :	Date d'expiration :

PERSONNES-RESSOURCES

Nom et prénom du parent :	
Tél. (résidence) :	Tél. (travail, cellulaire) :

INFORMATION SUR LA MÉDICATION

Nom du médicament :	
Raison de la prise du médicament :	
Dose :	
Fréquence :	Heures :
Forme : capsule, pilule <input type="checkbox"/> liquide <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/> spécifiez :	
Mon enfant prend son médicament : seul <input type="checkbox"/> avec de l'aide <input type="checkbox"/>	
Le médicament a besoin d'être réfrigéré : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
Date du début de la prise du médicament :	Fin :
Le médicament sera remis à l'animateur : chaque jour <input type="checkbox"/> chaque semaine <input type="checkbox"/>	
Autres informations pertinentes :	

J'autorise mon enfant à prendre le médicament décrit ci-dessus en se conformant aux modalités prescrites.

Nom du parent/tuteur : _____

Signature du parent/tuteur : _____ Date : _____

Signature de la direction du camp de jour : _____