



FEUILLET D'INSCRIPTION 2020

** document obligatoire à remettre lors de l'inscription **

Site :

#1

#2

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Camp de jour 2020 - 22 juin au 14 août 2020

Nom de l'enfant : _____ Date de naissance : _____ Âge : _____

Âge au 1^{er} octobre 2020 : 5 ans 6 ans 7 ans 8 ans (SITE 1) Sexe : M F

9 ans 10 ans 11 ans 12 ans (SITE 2)

Assurance maladie : _____ Date d'expiration : _____

Nom des parents ou tuteurs légaux

Nom : _____ Nom : _____

Adresse : _____ Adresse : _____

Ville : _____ Ville : _____

Téléphone : _____ Téléphone : _____

Cellulaire : _____ Cellulaire : _____

Lien avec l'enfant : _____ Lien avec l'enfant : _____

Courriel : _____ Courriel : _____

N.A.S. (%) _____ N.A.S. (%) _____

Personnes (2) à joindre en cas d'urgence

Nom : _____ Nom : _____

Adresse : _____ Adresse : _____

Ville : _____ Ville : _____

Téléphone : _____ Téléphone : _____

Cellulaire : _____ Cellulaire : _____

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) À pied À vélo

Signature du parent ou du tuteur : _____

Activités aquatiques

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

FRAIS D'INSCRIPTION ET PAIEMENT

Nom de l'enfant : _____

Âge : _____

Coûts	1 ^{er} enfant	2 ^e enfant	3 ^e enfant
Inscription	275 \$	250 \$	225 \$
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total A :	\$	\$	\$

Date	SORTIES * LE CAMP DE JOUR EST FERMÉ LORS DES SORTIES*	Coût	x
8 juillet	Expo de Trois-Rivières	15,00 \$	
15 juillet	Villa du Carmel	8,00 \$	
22 juillet	Récréofun	15,00 \$	
29 juillet	Domaine Floribell	5,00 \$	
5 août	Zoo de Granby / Amazoo	22,00 \$	
12 août	La Cité de l'Énergie	12,00 \$	
Total B :	Toutes les sorties (77\$) :	\$	

Les sorties doivent être sélectionnées et payées au moment de l'inscription, aucune modification ne sera acceptée après le 29 mai.

Aucun enfant ne sera accepté aux sorties après cette date.



Je serai présent (e) au pré-camp, qui aura lieu le 15 juin à 18h30

Soirée d'intégration pour les nouveaux et les anciens, présentation de l'équipe d'animation 2019 et réponses aux questions des parents.

Chandail 15,00 \$ (obligatoire pour les sorties)		Petit (6-8)		Petit (adulte)	
		Medium (10-12)		Medium (adulte)	
		Large (14-16)		Large (adulte)	
Total C :				\$	
Carte d'identification plastifiée (3)				5,00 \$	
Carte d'identification numérique				Gratuit	
Total D :				\$	

A :	\$	B :	\$	C :	\$	D :	\$	=	\$
-----	----	-----	----	-----	----	-----	----	---	----

ADMINISTRATION

1 versement à l'inscription : _____ \$

3 versements (total ABCD /3) :
(chèques postdatés seulement)

Modes de paiements

ARGENT, DÉBIT, CHÈQUE (Municipalité de Notre-Dame-du-Mont-Carmel)

26 mars : _____ \$

30 avril : _____ \$

28 mai : _____ \$

FICHE MEDICALE

Nom de l'enfant : _____

Âge : _____

PROBLÈMES PHYSIQUES

Votre enfant souffre-t-il de problèmes physiques (cardiaque, asthme, épilepsie, problèmes articulaires, etc.) ?
Oui Non

Si oui, précisez :

COMPORTEMENTS ET TROUBLES

Votre enfant souffre-t-il de problèmes particuliers (comportement, apprentissage, psychologie, social, etc.) ?
Oui Non

Si oui, précisez :

ALLERGIES ET INTOLÉRANCES

Votre enfant souffre-t-il d'allergies ou d'intolérances ?
Oui Non

Si oui, précisez :

MÉDICATION

Votre enfant prend-il des médicaments ?
Oui Non

Raison :

Le personnel du camp de jour doit-il administrer les médicaments ?

Oui Non
(si oui, remplir le document « autorisation de prise de médicament »)

Autres conditions particulières concernant la santé de votre enfant ?

Si oui, précisez :

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.

SIGNATURES

Nom du parent

Signature (à l'inscription)

Date (jj/mm/aaaa)

Nom du parent

Signature (au début du camp de jour)

Date (jj/mm/aaaa)

AUTORISATION DE PRISE DE MÉDICAMENTS

(ne pas remplir si votre enfant ne prend pas de médication au camp de jour)

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

INFORMATIONS SUR L'ENFANT

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

PERSONNES-RESSOURCES

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

INFORMATION SUR LA MÉDICATION

Nom du médicament : _____
Raison de la prise de médicament : _____
Dose : _____
Fréquence : _____ Heures : _____
Forme : (capsule, pilule, liquide, autre), précisez _____
Mon enfant prend son médicament : Seul (e) : Avec de l'aide :
Le médicament a besoin d'être réfrigéré : Oui : Non :
Date du début de la prise de médicament : _____
Le médicament sera remis au coordonnateur : chaque jour chaque semaine
Autres informations pertinentes _____

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

Nom du parent

Signature du parent

Date

ACCEPTATION/AUTORISATION

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 invitations ou informations d'activités de loisirs.

Oui

Non

Courriel : _____