



# 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<sup>er</sup> 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 <sup>er</sup> enfant	2 <sup>e</sup> enfant	3 <sup>e</sup> enfant
<b>Inscription</b>	275 \$	250 \$	225 \$
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Total A :</b>	\$	\$	\$

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 \$	
<b>Total B :</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)	
<b>Total C :</b>					\$
Carte d'identification plastifiée (3)				5,00 \$	
Carte d'identification numérique				Gratuit	
<b>Total D :</b>					\$

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 : \_\_\_\_\_