



Important : le fait de nous envoyer un formulaire d'inscription ne garantit pas la place de votre enfant au camp de jour. La situation devra être évaluée en fonction des demandes de la santé publique et vous serez tenus au courant des développements dès que possible.

FICHE D'INSCRIPTION

Camp de jour | Été 2020 | Loisirs de Baie-du-Febvre

RENSEIGNEMENTS SUR L'ENFANT		
Prénom de l'enfant :	Nom de l'enfant :	
Adresse complète : _____ _____		
Téléphone 1 :	Téléphone 2 :	
Date de naissance :	Âge :	Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
N° ass. maladie :	Date d'expiration :	
Taille du chandail de camp de jour : <input type="checkbox"/> X Small <input type="checkbox"/> Small <input type="checkbox"/> Medium <input type="checkbox"/> Large <input type="checkbox"/> X Large		

FRÉQUENTATION DU CAMP DE JOUR	
Votre enfant fréquentera le camp de jour...	
Du lundi au vendredi : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Jour(s) que l'enfant ne fréquentera pas : _____
Heure d'arrivée au camp : _____ Heure de départ du camp : _____	Dîner : <input type="checkbox"/> À la maison <input type="checkbox"/> Au camp de jour
Personnes autorisées à venir chercher l'enfant au camp de jour : <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Autres (précisez plus bas)	
Autres personnes autorisées à venir chercher votre enfant :	
Prénom et nom : _____ Téléphone : _____	
Prénom et nom : _____ Téléphone : _____	
Pour la sécurité des enfants : Veuillez noter que les moniteurs ne sont pas autorisés à laisser partir votre enfant avec une autre personne que les personnes préalablement autorisées par écrit par les parents/tuteurs de l'enfant, 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 ci-haut, vous devrez transmettre au préalable un avis écrit précisant le nom de cette personne.	



Important : le fait de nous envoyer un formulaire d'inscription ne garantit pas la place de votre enfant au camp de jour. La situation devra être évaluée en fonction des demandes de la santé publique et vous serez tenus au courant des développements dès que possible.

PARENTS OU TUTEURS

Garde de l'enfant :

- Deux parents Mère temps plein Père temps plein Garde partagée
 Tuteur(s) Autre (précisez) : _____

Nom du parent/tuteur :

N° ass. sociale :

Adresse complète : _____

Téléphone maison : _____ | Bureau : _____ | Cell : _____

Adresse courriel :

- Situation d'emploi : Travaille actuellement à temps plein
 Travaille actuellement à temps partiel (en semaine, de jour)
 Travaille actuellement à temps partiel (soir et/ou fin de semaines)
 Arrêt de travail temporaire en raison de la COVID-19
 Aux études à temps plein
 Ni en emploi, ni aux études
 Autres : _____

Emploi occupé (si applicable) :

Nom du parent/tuteur :

N° ass. sociale :

Adresse complète : _____

Téléphone maison : _____ | Bureau : _____ | Cell : _____

Adresse courriel :

- Situation d'emploi : Travaille actuellement à temps plein
 Travaille actuellement à temps partiel (en semaine, de jour)
 Travaille actuellement à temps partiel (soir et/ou fin de semaines)
 Arrêt de travail temporaire en raison de la COVID-19
 Aux études à temps plein
 Ni en emploi, ni aux études
 Autres : _____

Emploi occupé (si applicable) :



Important : le fait de nous envoyer un formulaire d'inscription ne garantit pas la place de votre enfant au camp de jour. La situation devra être évaluée en fonction des demandes de la santé publique et vous serez tenus au courant des développements dès que possible.

Contacts d'urgence		
Veuillez identifier, par ordre de priorité, les personnes à contacter en cas d'urgence :		
Nom complet	Lien avec l'enfant	Numéro(s) de téléphone
1.		
2.		
3.		

FICHE SANTÉ		
ÉTAT DE SANTÉ		
Votre enfant a-t-il déjà été vacciné contre le tétanos? Si OUI, en quelle année ? _____	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Votre enfant a-t-il déjà été vacciné contre la rougeole? Si OUI, en quelle année ? _____	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Autres particularités à nous signaler sur le plan médical (chirurgie, blessures graves, etc.) : _____ _____ _____		
ALLERGIES		
Votre enfant a-t-il des allergies? Si OUI, précisez : _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Épipen, Ano-kit) en fonction de ses allergies? Si OUI, spécifiez qui est autorisé à conserver et à administrer ce médicament et selon quelle posologie (enfant ou animateurs) : _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON



Important : le fait de nous envoyer un formulaire d'inscription ne garantit pas la place de votre enfant au camp de jour. La situation devra être évaluée en fonction des demandes de la santé publique et vous serez tenus au courant des développements dès que possible.

ASTHME		
Votre enfant a-t-il de l'asthme ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Si OUI, précisez : _____ _____		
HANDICAP ET BESOINS PARTICULIERS		
Votre enfant a-t-il un handicap physique susceptible de restreindre les activités ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Si OUI, précisez : _____		
Votre enfant a-t-il des besoins particuliers qui pourraient rendre son intégration au camp de jour difficile et/ou nécessiter un accompagnement adapté?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
*Si OUI, veuillez demander et remplir le « Formulaire d'évaluation des besoins ».		
PRISE DE MÉDICAMENTS		
Votre enfant doit-il prendre des médicaments régulièrement?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Si OUI, précisez : Posologie : _____		
Dans ce cas, l'enfant les prend-il lui-même?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Précision : _____		
Autres particularités importantes à signaler?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Si OUI, précisez : _____ _____		
Donnez-vous l'autorisation aux animateurs du camp de jour d'administrer :		
Crème solaire sans PABA	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Calamine	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Citronnelle	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Chasse-moustique avec DEET de 10% et moins	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Bénadryl (en cas de réaction allergique légère)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON



Important : le fait de nous envoyer un formulaire d'inscription ne garantit pas la place de votre enfant au camp de jour. La situation devra être évaluée en fonction des demandes de la santé publique et vous serez tenus au courant des développements dès que possible.

AUTORISATIONS		
Mon enfant est autorisé à quitter seul le site du camp de jour (période du dîner et soir)?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Mon enfant revient dîner à la maison.	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Les compétences à la nage de mon enfant sont élevées. Je l'autorise à nager sans vêtement de flottaison.	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Les compétences à la nage de mon enfant sont moyennes ou faibles. Je l'oblige à nager avec un vêtement de flottaison.	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
J'autorise mon enfant à manger occasionnellement des petites collations glacées ou sucrées.	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
J'autorise le personnel du camp de jour à photographier mon enfant (les photos serviront à titre de souvenir et pourraient être publiées sur la page Facebook de la municipalité de Baie-du-Febvre et des Loisirs de Baie-du-Febvre à des fins de promotion).	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
En cas d'urgence, je soussigné(e) _____, autorise que les soins d'urgence soient administrés à mon enfant (obligatoire pour la participation de l'enfant au camp).	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
En cas d'accident nécessitant un transport par ambulance, j'autorise les responsables du camp de jour à y faire appel. Il est à noter que la facture sera adressée aux parents.	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
J'autorise le personnel du camp de jour de Baie-du-Febvre à faire des sorties avec mon enfant (ex : aller pique-niquer, etc.).	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Sachant que le camp de jour termine à 17h30, si je ne peux venir chercher mon enfant avant cette heure, j'accepte de payer les frais de 5 \$ par tranche de 15 minutes de retard (le premier 5\$ étant dû dès la première minute de retard) et je m'engage à communiquer avec les animateurs pour les informer de mon retard.	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Je comprends qu'aucun remboursement ne me sera fait après une semaine complète (5 jours) de camp de jour.	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Je déclare que les informations indiquées dans ce formulaire sont exactes.	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
_____ Signature	_____ Date	
IMPORTANT : AUCUN REMBOURSEMENT NE SERA FAIT APRÈS UNE SEMAINE COMPLÈTE (5 JOURS) DE CAMP DE JOUR.		