*ÉTANT DONNÉ LE GRAND NOMBRE D’INSCRIPTIONS DANS CERTAINS GROUPES D’ÂGE IL EST POSSIBLE QUE VOTRE ENFANT NE PUISSE PAS SE RETROUVER DANS SON GROUPE D’ÂGE. IL EST IMPOSSIBLE DE CONNAÎTRE CETTE INFORMATION AVANT LE JOUR MÊME. MERCI DE VOTRE COMPRÉHENSION.*

**INSCRIPTION MINIMUM 24 H À L’AVANCE**

**VOUS DEVEZ OBLIGATOIREMENT NOUS APPORTER CE DOCUMENT COMPLÉTÉ**

**L’INSCRIPTION DOIT ÊTRE CONFIRMÉE PAR LE MONITEUR-CHEF.**

**1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR L’ENFANT**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom de l'enfant : |  | Sexe :  | M[ ]  F [ ]  AUTRE [ ]   |
| Prénom : |  | Âge lors du séjour :  |  |
| Adresse : |  | Date de naissance :  |  |
| Code postal :  |  | Téléphone : |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SEMAINES DE FRÉQUENTATION** |  |  |
| **Semaines** | **Camp de jour(19$ / jour)**(08h30 à 16h30) | **Service de garde(5 $ / période)**(07h30 à 08h30 ET 16h30 à 17h30) | **Total ($)** | **Paiement ($)*****(Indiquer la date******et le montant payé)*** | **Initiales****(Resp. SG)** |
| Du 23 au 27 juin | [ ]  Lundi [ ]  Mardi [ ]  Mercredi[ ]  Jeudi [ ]  Vendredi |  Lu Ma Me Je VeMatin [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ] Soir [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  | \_\_\_\_ X 19$ = \_\_\_\_$\_\_\_\_ X 5$ = \_\_\_\_$ | \_\_ / \_\_ / \_\_ = \_\_\_\_ $\_\_ / \_\_ / \_\_ = \_\_\_\_ $ |  \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Du 30 juin au 04 juillet | [ ]  Lundi [ ]  Mardi [ ]  Mercredi[ ]  Jeudi [ ]  Vendredi |  Lu Ma Me Je VeMatin [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ] Soir [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  | \_\_\_\_ X 19$ = \_\_\_\_$\_\_\_\_ X 5$ = \_\_\_\_$ | \_\_ / \_\_ / \_\_ = \_\_\_\_ $\_\_ / \_\_ / \_\_ = \_\_\_\_ $ |  \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Du 05 au 11 juillet | [ ]  Lundi [ ]  Mardi [ ]  Mercredi[ ]  Jeudi [ ]  Vendredi |  Lu Ma Me Je VeMatin [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ] Soir [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  | \_\_\_\_ X 19$ = \_\_\_\_$\_\_\_\_ X 5$ = \_\_\_\_$ | \_\_ / \_\_ / \_\_ = \_\_\_\_ $\_\_ / \_\_ / \_\_ = \_\_\_\_ $ |  \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Du 14 au 18 juillet | [ ]  Lundi [ ]  Mardi [ ]  Mercredi[ ]  Jeudi [ ]  Vendredi |  Lu Ma Me Je VeMatin [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ] Soir [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  | \_\_\_\_ X 18$ = \_\_\_\_$\_\_\_\_ X 5$ = \_\_\_\_$ | \_\_ / \_\_ / \_\_ = \_\_\_\_ $\_\_ / \_\_ / \_\_ = \_\_\_\_ $ |  \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Du 21 au 25 juillet | [ ]  Lundi [ ]  Mardi [ ]  Mercredi[ ]  Jeudi [ ]  Vendredi |  Lu Ma Me Je VeMatin [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ] Soir [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  | \_\_\_\_ X 19$ = \_\_\_\_$\_\_\_\_ X 5$ = \_\_\_\_$ | \_\_ / \_\_ / \_\_ = \_\_\_\_ $\_\_ / \_\_ / \_\_ = \_\_\_\_ $ |  \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Du 28 juillet au 01 août | [ ]  Lundi [ ]  Mardi [ ]  Mercredi[ ]  Jeudi [ ]  Vendredi |  Lu Ma Me Je VeMatin [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ] Soir [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  | \_\_\_\_ X 19$ = \_\_\_\_$\_\_\_\_ X 5$ = \_\_\_\_$ | \_\_ / \_\_ / \_\_ = \_\_\_\_ $\_\_ / \_\_ / \_\_ = \_\_\_\_ $ |  \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Du 04 au 08 août | [ ]  Lundi [ ]  Mardi [ ]  Mercredi[ ]  Jeudi [ ]  Vendredi |  Lu Ma Me Je VeMatin [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ] Soir [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  | \_\_\_\_ X 19$ = \_\_\_\_$\_\_\_\_ X 5$ = \_\_\_\_$ | \_\_ / \_\_ / \_\_ = \_\_\_\_ $\_\_ / \_\_ / \_\_ = \_\_\_\_ $ |  \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Du 11 au 15 août | [ ]  Lundi [ ]  Mardi [ ]  Mercredi[ ]  Jeudi [ ]  Vendredi |  Lu Ma Me Je VeMatin [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ] Soir [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  | \_\_\_\_ X 19$ = \_\_\_\_$\_\_\_\_ X 5$ = \_\_\_\_$ | \_\_ / \_\_ / \_\_ = \_\_\_\_ $\_\_ / \_\_ / \_\_ = \_\_\_\_ $ |  \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ |

Toutes les informations concernant l'état de santé et autres informations fournies pour votre enfant demeureront confidentielles. Elles seront transmises uniquement à son animateur et à son responsable afin de permettre un meilleur encadrement ainsi qu'une intervention plus efficace en cas d'urgence. Si les informations concernant l'état de santé ou autre de votre enfant changeaient avant le début de l'activité ou au cours de celle-ci, vous devez en aviser le responsable afin de pouvoir mettre à jour les informations.

**2. PARENTS OU TUTEUR**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom du parent 1 : |  | Nom du parent 2 : |  |
| Adresse :*À compléter si différente de celle de l’enfant* |  | Adresse : |  |
| Téléphone : | (Rés.)      | Téléphone : | (Rés.)      |
|  | (Bur.)      |  | (Bur.)      |
|  | (Cell.)      |  | (Cell.)      |
| Courriel : |       | Courriel : |       |
| **GARDE de l’enfant**Parent 1 et parent 2 [ ]  Parent 1 [ ]  Parent 2 [ ]  Partagée [ ]  Tuteur [ ]  |
| **Pour émission du relevé 24**Nom du parent payeur :  |       | NAS : |       |

**3. EN CAS D’URGENCE**

|  |
| --- |
| Personne à joindre en cas d’URGENCE :Parent 1 et Parent 2 [ ]  Parent 1 [ ]  Parent 2 [ ]  Tuteur(s) [ ]  |
| Deux autres personnesà joindre en cas d’URGENCE : |
| Prénom et nom :      | Prénom et nom :      |
| Lien avec l’enfant :      | Lien avec l’enfant :      |
| Téléphone (principal) :       | Téléphone (principal) :       |
| Téléphone (autre) :       | Téléphone (autre) :       |

**4. CONDITIONS ET ALLERGIES**

|  |  |
| --- | --- |
| Souffre-t-il des maux suivants? | A-t-il des allergies? **Si OUI, précisez :** |
| Asthme Oui [ ]  Non [ ]  | Fièvredes foins | Oui [ ] Non [ ]  | Ne s’applique pas |
| Diabète Oui [ ]  Non [ ]  | Herbeà puce | Oui [ ] Non [ ]  | Ne s’applique pas |
| Épilepsie Oui [ ]  Non [ ]  | Piqûres d'insectes | Oui [ ] Non [ ]  |       |
| Migraine Oui [ ]  Non [ ]  | Animaux | Oui [ ] Non [ ]  |       |
| Autres Oui [ ]  Non [ ] **Précisez :** | Médicaments | Oui [ ] Non [ ]  |       |
| Allergies alimentaires | Oui [ ] Non [ ]  |       |
| Autres allergies | Oui [ ] Non [ ]  |       |
| Si votre enfant possède une ou des allergies, quel est le traitement ? (Nom du médicament, posologie, où est-il rangé ?)      |

Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Epipen) en raison de ses allergies?

Oui [ ]  Non [ ]

**À SIGNER SI VOTRE ENFANT A UNE DOSE D'ADRÉNALINE**

Par la présente, j'autorise les personnes désignées par le Ville de Baie-Saint-Paul à administrer, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline à mon enfant.

X \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature du parent

# 5. MÉDICAMENTS

|  |  |
| --- | --- |
| Votre enfant prend-il des médicaments?  | Oui [ ]  Non [ ]  |
| Si OUI, noms des médicaments : | Posologie :       |
| Votre enfant a-t-il besoin d’aide pour prendre ses médicaments? | Oui [ ]  Non [ ] Précisez :       |

**Si votre enfant doit prendre des médicaments**, vous devrez, à votre arrivée au camp de jour, remplir un formulaire d’autorisation de prise de médicament afin que les responsables puissent distribuer le médicament prescrit à votre enfant.

**6. AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES**

Les questions qui suivent nous aideront à mieux intervenir auprès de votre enfant.

|  |  |
| --- | --- |
| Votre enfant a-t-il des besoins particuliers ? | Oui [ ]  Non [ ]  |
| Si OUI, précisez :       |
| Votre enfant a-t-il un suivi particulier pendant l’année (médecin spécialiste, CLSC, CIUSS, technicien(ne) en éducation spécialisée, psychoéducateur(trice), travailleur(se) social(e), etc.)? | Oui [ ]  Non [ ]  |
| Si OUI, précisez :      |
| Votre enfant a-t-il besoin d’aide pour manger? | Oui [ ]  Non [ ]  |
| Si OUI, précisez :      |
| Votre enfant porte-t-il des prothèses? | Oui [ ]  Non [ ]  |
| Si OUI, précisez :      |
| Y a-t-il des activités auxquelles votre enfant ne peut pas participer ou seulement moyennant certaines conditions? | Oui [ ]  Non [ ]  |
| Si OUI, précisez :      |

**7. AUTORISATION DES PARENTS**

1. [ ]  En cochant cette case, je confirme que les informations concernant l’état de santé de mon enfant sont exactes et que si des modifications concernant l’état de santé de mon enfant survenaient avant le début ou pendant la période du camp de jour, que je suis responsable de transmettre cette information à la direction du camp de jour, qui fera le suivi approprié avec l’animateur de mon enfant.
2. J’autorise la Ville de Baie-Saint-Paul à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Si la direction de la Ville de Baie-Saint-Paul le juge nécessaire, je l’autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire.

OUI [ ]  NON [ ]

1. J’autorise l’équipe du camp de jour à appliquer de la crème solaire à mon enfant si nécessaire avant de sortir à l’extérieur.

OUI [ ]  NON [ ]

1. J'autorise la Ville de Baie-Saint-Paul à prendre des photos et (ou) des vidéos pendant les activités du camp de jour. Les photographies prises de mon enfant serviront uniquement à des fins de promotion du camp. Cette autorisation est accordée gratuitement, sans limites territoriales et de temps.

OUI [ ]  NON [ ]

1. J’accepte que mon enfant se déplace à pied avec son groupe pour se rendre à certaines activités situées à proximité du Centre sportif Saint-Aubin / carrefour culturel Paul-Médéric.

OUI [ ]  NON [ ]

1. J’accepte que mon enfant soit transporté en autobus pour une sortie dans la région de Charlevoix.

OUI [ ]  NON [ ]

1. **AUTORISATION DE DÉPART**

|  |
| --- |
| Qui est autorisé à aller le chercher le soir (incluant les deux parents ou tuteurs)?\* |
| Personne no.1 (parent ou tuteur):      | Personne no.3 :      |
| Personne no. 2 (parent ou tuteur):      | Personne no.4 :      |

\* 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.

|  |  |
| --- | --- |
| Mon enfant est AUTORISÉ à partir seul le soir. | Oui [ ]  Non [ ]  |
| Si OUI, à quelle heure autorisez-vous votre enfant à quitter ?  |       h       |

1. Je m’engage à collaborer avec la direction de la Ville de Baie-Saint-Paul et à venir la rencontrer si le comportement de mon enfant nuit au bon déroulement des activités.

OUI [ ]  NON [ ]

\_     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom et prénom du parent ou tuteur

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature du parent ou tuteur Date