

CAMP DE JOUR D'ARMAGH 2022
FICHE D'INSCRIPTION (par enfant)

1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR L'ENFANT

Nom de famille :		Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
Prénom :		Date de naissance :	/ /
Adresse :		Âge au 30 septembre 2022 :	
		Dernière année d'études complétée :	
Code postal :		Taille de t-shirt (encerclez) : Enfant : Petit Moyen Grand Très Grand Adulte : Petit Moyen Grand Très Grand	

2. PARENTS OU TUTEUR

Nom du père :		Nom de la mère :	
Adresse :		Adresse :	
Téléphone :	(Rés.)	Téléphone :	(Rés.)
	(Bur.)		(Bur.)
	(Cell.)		(Cell.)
Courriel :		Courriel :	
GARDE de l'enfant			
Père et mère <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Partagée <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/>			
Pour émission du relevé 24		NAS :	
Nom du parent payeur :			

3. SEMAINE DE FRÉQUENTATION (À LA SEMAINE OU CAMP DE JOUR COMPLET)

COCHEZ	Dates	Cochez	Dates
	1) 4 juillet au 8 juillet (45\$)		SERVICE DE GARDE
	2) 11 juillet au 15 juillet (45\$)		Toutes les semaines (105.00\$)
	3) 18 juillet au 22 juillet (45\$)		Service de garde semaine 1 (15.00\$)
	4) 25 juillet au 29 juillet (45\$)		Service de garde semaine 2 (15.00\$)
	5) 1er août au 5 août (45\$)		Service de garde semaine 3 (15.00\$)
	6) 8 août au 12 août (45\$)		Service de garde semaine 4 (15.00\$)
	7) 15 août au 19 août (45\$)		Service de garde semaine 5 (15.00\$)
	Toutes les semaines (310.00\$)		Service de garde semaine 6 (15.00\$)
	Rabais 2e, 3e enfant ou + (à être appliqué) (voir à la fin du point 4)		Service de garde semaine 7 (15.00\$)
TOTAL			TOTAL

4. SERVICE DE GARDE PRÉCISIONS

Votre enfant fréquentera-t-il le service de garde ?

Le matin : Oui Non

Le soir : Oui Non

Si OUI, qui est autorisé à aller le chercher le soir (autre que l'un des deux parents)?*

Prénom :

Nom :

Lien avec l'enfant :

Mon enfant est AUTORISÉ à partir seul le soir.

Oui Non

* 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.

Nom du parent ou tuteur

Signature du parent ou tuteur

Date de la signature

Veillez retourner cette fiche accompagnée de la fiche santé de votre enfant et de votre paiement (le chèque doit être fait à l'ordre du Comité des loisirs et des sports) à la Municipalité d'Armagh. Vous pouvez déposer votre formulaire au Bureau Municipal d'Armagh au 5 rue de la Salle, sur les heures d'ouvertures ou encore déposer votre paiement et ce formulaire dans une enveloppe à l'attention du Comité des loisirs et des sports dans la boîte DICOM située à l'extérieur à côté de la porte du Bureau Municipal.

*****PAIEMENT CHÈQUE OU ARGENT SEULEMENT MERCI *****

TARIFS CONCERNANT L'INSCRIPTION DE D'AUTRES ENFANTS D'UNE MÊME FAMILLE AU CAMP DE JOUR

2E ENFANT CAMP ÉTÉ COMPLET 280\$ *EXEMPLE : (310+280 = 590\$)*

3E ENFANT CAMP ÉTÉ COMPLET 220\$ *EXEMPLE : (310+280+220= 810\$)*

4E ENFANT ET + RABAIS DE 10% SUR INSCRIPTION ÉTÉ COMPLET (310.00\$- 10%(31.00\$) =(279.00\$)) PAR INSCRIPTION SUPPLÉMENTAIRE. *EXEMPLE : UNE FAMILLE DE 4 ENFANTS : (310+280+220+279=1089.00\$)*

SI SERVICE DE GARDE

AJOUTER 105.00\$ À CHAQUE INSCRIPTION

EXEMPLE POUR 2 ENFANTS AVEC SERVICE DE GARDE ÉTÉ COMPLET: (310+280+105+105 = 800\$)

**CAMP DE JOUR D'ARMAGH
FICHE SANTÉ**

**Vous devez nous retourner la fiche santé avec votre formulaire d'inscription.
S.V.P. remplir une fiche par enfant.**

1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR L'ENFANT

Nom de l'enfant :		Sexe :	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Prénom :		Âge au 30 septembre 2022 :	
Adresse :		Date de naissance :	
		N° d'assurance-maladie (enfant) :	
Code postal :			
Téléphone :		Date d'expiration :	

2. RÉPONDANT(S) DE L'ENFANT

Prénom et nom du PÈRE :	Prénom et nom de la MÈRE :
Téléphone (travail) : Poste :	Téléphone (travail) : Poste :
Cellulaire ou autre numéro :	Cellulaire ou autre numéro :

3. EN CAS D'URGENCE

Personne à joindre en cas d'URGENCE : Père et mère <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/>	
Deux autres personnes à joindre en cas d'URGENCE :	
Prénom et nom :	Prénom et nom :
Lien avec l'enfant :	Lien avec l'enfant :
Téléphone (rés.) :	Téléphone (rés.) :
Téléphone (autre) :	Téléphone (autre) :

4. ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Votre enfant a-t-il déjà subi une intervention chirurgicale?		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Si oui, Date :		Raison :	
Blessures graves		Maladies chroniques ou récurrentes	
Date :		Date :	

Décrire :		Décrire :	
A-t-il déjà eu les maladies suivantes?		Souffre-t-il des maux suivants?	
Varicelle	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Asthme	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Oreillons	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Diabète	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Scarlatine	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Épilepsie	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Rougeole	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Migraines	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Autres, préciser :		Autres, préciser :	

5. VACCINS ET ALLERGIES

A-t-il reçu les vaccins suivants?		A-t-il des allergies?	
Tétanos	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Fièvre des foins	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Rougeole	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Herbe à puce	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Rubéole	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Piqûres d'insectes	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Oreillons	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Animaux*	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Polio	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Médicaments*	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
DcaT	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Allergies alimentaires*	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Autres, précisez :		*Précisez :	

Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Epipen, Ana-Kit) 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 camp de jour d'Armagh à administrer, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline (inscrivez la dose ici) _____ à mon enfant.

Signature du parent

6. MÉDICAMENTS

Votre enfant prend-il des médicaments?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, nommez les médicaments :	Posologie :
Les prend-il lui-même? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Préciser :

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.

7. AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES

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

Votre enfant a-t-il besoin de surveillance constante dans l'eau?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Préciser :	
Votre enfant présente-il des problèmes de comportement?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, décrire :	
Votre enfant mange-t-il normalement?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si non, décrire :	
Votre enfant porte-t-il des prothèses?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, décrire :	
Y a-t-il des activités auxquelles votre enfant ne peut pas participer ou seulement moyennant certaines conditions?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, expliquer :	
Veillez nous détailler toute information pouvant nous être utile afin de mieux accompagner votre enfant :	

Veillez prendre note que toutes les informations concernant l'état de santé de 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.

9. AUTORISATION DES PARENTS

Étant donné que le camp de jour d'Armagh prendra des photos et (ou) des vidéos au cours des activités de mon enfant durant l'été, je l'autorise à se servir de ce matériel en tout ou en partie à des fins promotionnelles. Tout le matériel utilisé demeurera la propriété du loisir inter-municipal de Bellechasse-Sud.

ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE

OUI

NON

- Si des modifications concernant l'état de santé de mon enfant survenaient avant le début ou pendant la période du camp de jour, je m'engage à transmettre cette information dans les plus brefs délais à la direction du camp de jour d'Armagh, qui fera le suivi approprié avec l'animateur de mon enfant.
- En signant la présente, j'autorise le camp de jour d'Armagh à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Si la direction du camp de jour le juge nécessaire en cas d'urgence seulement, je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire toujours avec le consentement de la personne désignée en cas d'urgence.
- Je m'engage à collaborer avec la direction du camp de jour d'Armagh et à venir la rencontrer si le comportement de mon enfant nuit au bon déroulement des activités.

Nom et prénom du parent ou tuteur en lettre lisible

Signature du parent ou tuteur

____/____/____
jour mois année