

FICHE D'INSCRIPTION CAMP JOUR 2022

IDENTIFICATION	
Nom de l'enfant	Sexe M___ F___
Prénom de l'enfant	
Adresse	
No d'assurance-maladie	Expiration / (obligatoire)
Date de naissance (Année/Mois/Jour) ____ / ____ / ____	

PERSONNE À JOINDRE		
Mère	Courriel (communications courantes)	
Tél. résidence	Tel.travail	Cellulaire
Père	Courriel (communications courantes)	
Tél. résidence	Tel travail	Cellulaire
Personne à joindre et numéro en cas d'urgence: _____		

CHOIX	PRIX	COCHEZ	TOTAL
camp de jour temps plein			
Camp de jour seulement (9h à 16h)	460.00 \$		
Camp de jour seulement (9h à 16h) 2e enfant	390.00 \$		
Camp de jour avec SDG matin	580.00 \$		
Camp de jour avec SDG matin 2e enfant	510.00 \$		
Camp de jour avec SDG soir	580.00 \$		
Camp de jour avec SDG soir 2e enfant	510.00 \$		
Camp de jour avec SDG matin et soir	680.00 \$		
Camp de jour avec SDG matin et soir 2e enfant	610.00 \$		
Non résidents*	ajouter 125.00 \$		
		Total	

* Selon places restantes, inscription après le 21 mai 2022

Les élèves fréquentant l'école L'Avenir sont en priorités et considérés comme résidents

Camp de jour à la semaine			
Camp 1 semaine- sans SDG	125.00 \$		
Camp 1 semaine avec SDG matin	150.00 \$		
Camp 1 semaine avec SDG soir	150.00 \$		
Camp 1 semaine avec SDG matin et soir	165.00 \$		
Pour quelle semaine À déterminer maintenant S.V.P.			Total

Camp de jour à la journée			
Camp 1 journée- sans SDG	30.00 \$		
Camp 1 journée avec SDG matin	35.00 \$		
Camp 1 journée avec SDG soir	35.00 \$		
Camp 1 journée avec SDG matin et soir	40.00 \$		
Pour quelle journée À déterminer maintenant S.V.P.			Total

Service de garde temps partiel			
Service de garde temps partiel - 10 périodes	50.00 \$		
Pour quelles journées À déterminer maintenant S.V.P.			Total

Grand Total	
--------------------	--

Lors de son départ, avec ou sans service de garde, avec qui l'enfant est-il autorisé à partir?			
Seul___	Père___	Mère___	Autre___
Autre personne: (nom et lien avec l'enfant) _____			

DONNÉES MÉDICALES

Votre enfant présente-t-il des problèmes de santé? Oui _____ Non _____

Allergies _____ ÉPIPEN Oui _____ Non _____

*Pour des raisons de sécurité, l'enfant doit transporter son Épipen en tout temps sur lui.

Votre enfant présente-t-il des troubles suivants?

Trouble de comportement ou psychologique ? Oui _____ Non _____ si oui Précisez:

Trouble d'ordre moteur ? Oui _____ Non _____ si oui Précisez:

Autre maladie connue? ? Oui _____ Non _____ si oui Précisez:

A besoin d'un accompagnateur ? Oui _____ Non _____ si oui Précisez:

IMPORTANT

La Municipalité de L'Avenir n'assume pas de service quant à l'administration et la gestion de la prise de médicaments dans le cadre de son camp de jour et de son service de garde. Sont exclus de cette politique: l'administration d'Épipen et de Pompes en cas de crise d'asthme et ce, afin d'assurer la survie d'un enfant. Cette liste est non limitative et s'applique à tous les premiers soins pouvant être administrés à un enfant participant à des activités.

AUTORISATION MÉDICALES

J'autorise la direction du camp à faire en sorte que soient prodigués à mon enfant tous les soins nécessaires. Je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement (à mes frais) et à le faire admettre dans un établissement de santé. De plus, en cas d'urgence, ou s'il est impossible de nous joindre, j'autorise le médecin choisi par les autorités du camp à prodiguer à mon enfant tous les soins médicaux requis par son état.

Signature _____

AUTORISATION IMAGES

J'autorise le camp de jour à prendre des photos et vidéos de mon enfant.

Oui _____ Non _____ Initiale: _____

AUTORISATION SUIVI D'INFORMATIONS MILIEU SCOLAIRE

J'autorise le camp de jour à communiquer avec le milieu scolaire en vue d'obtenir de l'information pour aider mon enfant à mieux s'adapter, évoluer et s'assurer de répondre à tous ces besoins, que ce soit au niveau psychologique ou physique.

Oui _____ Non _____ Initiale: _____

RESPECT DES POLITIQUES

Je comprends que le camp se réserve le droit de retirer un enfant du groupe et que, le cas échéant, la Municipalité ne remboursera aucun montant. Si mon enfant est retiré des activités, je m'engage à venir le chercher dans les plus brefs délais. Initiale : _____

Je déclare que toute l'information sur le participant est véridique et exacte. Initiale: _____

J'ai pris connaissance des politiques et code de vie et je m'engage à les respecter. Initiale : _____

SIGNATURE

DATE

Pour toutes questions : Communiquez avec Marylène au 819-394-2422 ou loisirlavenir@gmail.com

* 2 Chèques postdatés au nom de la Municipalité de L'Avenir (50% le 19 mai et 50% le 19 juin)