

FORMULAIRE D'INSCRIPTION | FICHE SANTÉ CAMP DE JOUR STE-MARCELLINE | ÉTÉ 2018



Le camp de jour se déroulera du 25 juin au 17 août 2018 (8 semaines)

THÉMATIQUE : EAUmega

PÉRIODE D'INSCRIPTION : 5 au 23 mars 2018

Le cadre de référence conforme de l'Association des camps du Québec

Le camp de jour Ste-Marcelline a complété le processus à l'été 2017 lui permettant d'être conforme au cadre de référence destiné aux camps de jour municipaux. Le programme de certification de l'ACQ comprend plus de 60 normes qui traitent des exigences et meilleures pratiques relatives à la sécurité, à l'encadrement, à la programmation, à l'environnement, à la santé et à l'alimentation. **La Municipalité de Ste-Marcelline est fière d'annoncer que son camp de jour a répondu à toutes les balises du cadre de référence et a obtenu l'attestation de conformité.**



CAMP DE JOUR
MUNICIPAL
CONFORME

2018

Renseignements sur l'enfant

Prénom et nom :

Date de naissance :

Sexe :

Âge (au 26 juin 2018) :

Degré de scolarité complété :

Le participant doit être âgé entre 5 et 12 ans. Il doit avoir fréquenté la maternelle.

Numéro d'assurance maladie :

Date d'expiration :

Renseignements sur les parents / tuteurs

#1	Prénom et nom :	Lien avec l'enfant :
	Adresse postale :	
	Téléphone à la maison :	Cellulaire :
#2	Prénom et nom :	Lien avec l'enfant :
	Adresse postale (si différente) :	
	Téléphone à la maison :	Cellulaire :
Indiquez le nom du parent/tuteur payeur pour l'émission du Relevé 24:		N. d'assurance sociale :

Désirez-vous faire partie du « groupe secret » sur Facebook?
Vous aurez accès à l'info-parent et aux programmations.

Oui

Non

À contacter en cas d'urgence (autres que les parents)

#1	Prénom et nom :	Lien avec l'enfant :
	Téléphone à la maison :	Téléphone cellulaire :
#2	Prénom et nom :	Lien avec l'enfant :
	Téléphone à la maison :	Téléphone cellulaire :

À la fin de la journée, l'enfant doit :

- Partir seul
 Vous attendre
 Aller au service de garde

Autorisez-vous une autre personne que les parents/tuteurs à venir chercher l'enfant? Si oui :

Prénom et nom :	Lien avec l'enfant :
Prénom et nom :	Lien avec l'enfant :

Tarifification

Camp de jour 8h30 à 16h	1^{er} enfant	2^e enfant*	3^e enfant*	*Enfant d'une même famille Seuls les résidents de Ste-Marcelline peuvent s'inscrire au camp de jour.
Complet (8 semaines)	257 \$	231 \$	218 \$	
À la semaine	49 \$	44 \$	42 \$	
À la journée	12 \$	11 \$	10 \$	
Service de garde 7h30 à 8h30 et 16h à 17h30	1^{er} enfant	2^e enfant*	3^e enfant*	
Complet (8 semaines)	172 \$	155 \$	146 \$	
À la semaine	24 \$	22 \$	21 \$	
À la journée	6 \$	5 \$	5 \$	

Cochez les semaines de camp de jour et de service de garde de votre enfant

Dates *Si inscription à la journée, spécifiez en encerclant les dates*	Camp de jour	Service de garde
Semaine 1 : 25, 26, 27, 28, 29 juin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Semaine 2 : 2, 3, 4, 5, 6 juillet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Semaine 3 : 9, 10, 11, 12, 13 juillet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Semaine 4 : 16, 17, 18, 19, 20 juillet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Semaine 5 : 23, 24, 25, 26, 27 juillet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Semaine 6 : 30, 31 juillet, 1, 2, 3 août	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Semaine 7 : 6, 7, 8, 9, 10 août	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Semaine 8 : 13, 14, 15, 16, 17 août	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Montant total de l'inscription : _____

Renseignements importants de l'enfant

Votre enfant a-t-il besoin d'un gilet de sauvetage lors des baignades au Lac des Français ? Oui Non

Votre enfant a-t-il déjà subi une intervention chirurgicale? Oui Non

Si oui, Date : Raison :

Blessure grave ? Date :

Maladies chroniques ou récurrentes? Date :

Décrire :

Décrire :

Votre enfant a-t-il reçu un diagnostic? Oui Ou est-il en attente d'un diagnostic? Oui

Si oui, précisez : Aucun problème de santé connu

Votre enfant présente-t-il des problèmes de comportement? Si oui, décrire :

Votre enfant mange-t-il normalement? Si non, décrire :

Votre enfant porte-t-il des prothèses? Si oui, décrire :

A-t-il déjà eu les maladies suivantes?

- Varicelle
- Oreillons
- Scarlatine
- Rougeole

Autres, précisez :

Souffre-t-il des maux suivants?

- Asthme
- Diabète
- Épilepsie
- Migraines

Autres, précisez :

Votre enfant a-t-il des allergies ou des intolérances? Oui Non

Si oui, précisez : _____

Spécifiez les réactions : _____

Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Épipen, Ana-kit) en raison de ses allergies? Oui

Médicaments

Votre enfant prend-t-il des médicaments durant les heures du camp de jour? Si oui, quelle est la posologie?

Médicament : _____ Posologie : _____

Les prend-il lui-même? Oui Non Préciser : _____

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

Code de vie

Le service des loisirs de la Municipalité de Ste-Marcelline-de-Kildare à une politique « tolérance zéro » pour les enfants ayant un comportement inapproprié. La direction de la Municipalité de Ste-Marcelline-de-Kildare se réserve le droit d'exclure d'une activité, de suspendre ou de renvoyer un enfant dont la conduite sera jugée inacceptable dans le meilleur intérêt du Camp de jour Ste-Marcelline.

Initiale obligatoire: _____

Autorisations et déclaration (cochez et signer s.v.p.)

- Mon enfant a une dose d'adrénaline. Par la présente, j'autorise les personnes désignées par le Camp de jour Ste-Marcelline à administrer, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline _____ à mon enfant.
- Si des modifications concernant l'état de santé de mon enfant survenaient pendant la période du camp de jour, je m'engage à transmettre les informations à la direction du camp. L'omission d'informations essentielles au sujet de l'enfant peut entraîner l'expulsion de ce dernier.
- J'autorise le Camp de jour Ste-Marcelline à prendre des photos et des vidéos de mon enfant dans le cadre d'activités du camp de jour de l'été 2018. J'autorise la municipalité à les utiliser à des fins promotionnelles, en plus de les publier sur le « groupe secret » de la Page Facebook.
- J'autorise les employés de la Municipalité de Ste-Marcelline-de-Kildare à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Si la coordonnatrice du service des loisirs le juge nécessaire, je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement (à mes frais) dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire.
- De plus, s'il est impossible de nous rejoindre, j'autorise le médecin choisi par la municipalité à prodiguer à mon enfant tous les soins médicaux requis par son état, y compris la pratique d'une intervention chirurgicale, des injections, une transfusion, l'anesthésie et l'hospitalisation.
- J'autorise la Municipalité de Ste-Marcelline-de-Kildare à partager des renseignements personnels concernant mon enfant auprès des services de santé pour les soins contenus dans le dossier de mon enfant. Cette autorisation est valide jusqu'au 17 août 2018.

Signature obligatoire : _____

Paiement

Possibilité de faire 3 chèques postdatés. La totalité des versements devra être encaissée au plus tard le 25 mai 2018.

Montant total de l'inscription : _____ \$ Argent comptant Débit Chèque # Reçu : _____

1^{er} versement (Date : _____) 2^{ième} versement (Date : _____) 3^{ième} versement (Date : _____)

Politique de remboursement : Si un participant est suspendu temporairement (3 jours maximum), ces journées ne seront pas remboursables. Si l'inscription d'un participant est annulée pour des raisons disciplinaires, les frais d'inscription seront remboursables proportionnellement au nombre de journées restantes.

Annulation d'inscription : Une annulation d'inscription est possible uniquement si celle-ci est faite par écrit, et ce, 30 jours ouvrables avant le début de l'activité. Des frais d'administration de 15% jusqu'à un maximum de 25\$, seront retenus par participant. L'annulation d'une inscription sera possible en tout temps s'il s'agit de raisons médicales. Un certificat sera demandé. Dans un tel cas, le remboursement sera effectué proportionnellement au nombre de journées restantes.

Signature du parent ou tuteur : _____ Date : _____