



# FICHE D'INSCRIPTION - CAMP DE JOUR 2024

## DU 25 JUIN AU 9 AOÛT 2024



### L'ENFANT

|                     |                  |                  |  |
|---------------------|------------------|------------------|--|
| Prénom :            |                  | Nom de famille : |  |
| Date de naissance : | / / (JJ/MM/AAAA) | Âge :            | Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M |
| Adresse postale :   |                  |                  |  |
| Ville :             |                  | Code postal :    |  |

### PARENT(S) / TUTEUR(S)

|   |              |   |              |
|---|--------------|---|--------------|
| Prénom :                                      |              | Prénom :                                      |              |
| Nom de famille :                              |              | Nom de famille :                              |              |
| Lien avec l'enfant :                          |              | Lien avec l'enfant :                          |              |
| Adresse postale (si différente de l'enfant) : |              | Adresse postale (si différente de l'enfant) : |              |
| Téléphone :                                   | Maison :     | Téléphone :                                   | Maison :     |
|   | Bureau :     |   | Bureau :     |
|   | Cellulaire : |   | Cellulaire : |
| Adresse courriel pour la correspondance :     |              |   |              |

### CONTACTS D'URGENCE (AUTRE QUE PARENTS)

| Contact # 1          |              | Contact # 2          |              |
|----------------------|--------------|----------------------|--------------|
| Nom :                |              | Nom :                |              |
| Prénom :             |              | Prénom :             |              |
| Lien avec l'enfant : |              | Lien avec l'enfant : |              |
| Téléphone :          | Maison :     | Téléphone :          | Maison :     |
|                      | Bureau :     |                      | Bureau :     |
|                      | Cellulaire : |                      | Cellulaire : |

### AUTORISATION LORS DU DÉPART DE L'ENFANT

- J'autorise mon enfant à quitter seul le camp de jour
- Autorisé à quitter en compagnie d'une **personne mineure** (Frère, sœur, ami (e))

Nom de la personne : \_\_\_\_\_

- N'est pas autorisée à quitter seul \***

\* Personnes autorisées à venir le chercher (inscrire le nom du père et de la mère si c'est le cas)

1. : \_\_\_\_\_

2. : \_\_\_\_\_

3. : \_\_\_\_\_

4. : \_\_\_\_\_

Merci d'indiquer un mot de passe. Vous ou la personne qui viendrez récupérer votre enfant devra mentionner celui-ci :

\_\_\_\_\_

Signature du parent ou tuteur : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/2024



## DURÉE DU CAMP

Le Camp de jour sera du mardi **25 juin** au **vendredi 9 août 2024**, soit pour une période de 7 semaines.

Camp de jour : de 9h00 à 16h00 du lundi au vendredi (5 jours semaine)  
Service de garde : de 7h30 à 9h00 et de 16h00 à 17h30 du lundi au vendredi (5 jours semaine)  
**Adresse pour INSCRIPTION :** **3851, rue Notre-Dame Saint-Édouard-de-Maskinongé (Hôtel de Ville)**  
Inscription au plus tard le 30 avril 2024

À partir du 1 mai, un montant de 20\$ sera ajouté à l'inscription de chaque enfant, s'il reste de la place.

## SORTIES DU CAMP DE JOUR

Des sorties pourraient vous être proposées. Le jour des sorties, le camp de jour sera fermé. Le coût des sorties est payable **7 jours avant** l'activité et ne sera pas remboursable SAUF en cas d'annulation par la municipalité.

## TARIFICATION & INSCRIPTION

### CAMP DE JOUR

|                          | Résident   |                                 | Non-résident                               |
|--------------------------|------------|---------------------------------|--|
| Durée du Camp 7 semaines | par enfant | 245 \$ <input type="checkbox"/> | par enfant 300 \$ <input type="checkbox"/> |

### FRAIS DE GARDE

|                          | Résident   |                                 | Non-résident                               |
|--------------------------|------------|---------------------------------|--|
| Durée du Camp 7 semaines | par enfant | 145 \$ <input type="checkbox"/> | par enfant 175 \$ <input type="checkbox"/> |

Un contrat devra être signé avec le parent responsable.

Seules les personnes désignées au contrat pourront venir chercher l'enfant.

Une rencontre avec les responsables du Camp de jour aura lieu (date & heure à déterminer)  
à la salle communautaire de Saint-Édouard-de-Maskinongé (Hôtel de Ville)

Coût du camp de jour et du service de garde sont payable à l'inscription (possibilité de 2 versements).

Prendre note que la totalité de l'inscription doit être payée au plus tard le 1 juin 2024  
au bureau municipal, sinon l'enfant ne sera pas admis au Camp de jour.

### TOTAL

|   |   |    |
|---|---|----|
| Coût camp de jour                       |   | \$ |
| Coût service de garde                   | + | \$ |
| Inscription si après le 1 mai (+ 20 \$) | + | \$ |
| Grand total                             | = | \$ |

Les frais seront payables en deux versements soit les 20 avril et 20 mai 2024

Paiement par chèque ou en argent à la municipalité de Saint-Édouard-de-Maskinongé

**INSCRIPTION vendredi 5 avril 9h à 16h30 & mercredi 17 avril 17h à 19h**

**INSCRIPTION AU CAMP DE JOUR 2024 DE SAINT-ÉDOUARD-DE-MASKINONGÉ**

| NOM | ÂGE | SERVICE DE GARDE |     |  |
|-----|-----|------------------|-----|--|
| NOM |     | OUI              | NON |  |
| NOM |     | OUI              | NON |  |

ADRESSE:

TÉLÉPHONE #1:

TÉLÉPHONE #2:

SIGNATURE:





## POLITIQUES

### TARIFICATION

Le coût du camp de jour et du service de garde sont payable à l'inscription (possibilité de deux versements datés avant le 1 juin 2024).

Pour tout paiement en retard, une lettre vous sera envoyée et vous aurez **deux semaines** pour déboursier les frais, sinon l'enfant sera retiré du camp de jour.

Pour tout chèque sans provision, une lettre vous sera envoyée en vous demandant de payer en **argent comptant** le montant pour l'activité, plus les frais de caisse. Un délai de deux semaines vous sera accordé pour le remboursement, sinon l'enfant sera retiré du camp de jour.

### REMBOURSEMENT

Aucun remboursement n'est fait à la suite d'un abandon ou pour des journées d'absences au cours de l'été, et ce, pour quelques motifs que ce soit.

Le participant pourra obtenir le plein remboursement de ses frais d'inscription, si la municipalité de Saint-Édouard-de-Maskinongé annule l'activité ou que le participant a une raison d'ordre médical avec preuve à l'appui.

### ARRIVÉE DE L'ENFANT

Lors de l'arrivée de mon enfant au service de garde/camp de jour, le parent/tuteur doit obligatoirement venir porter son enfant jusqu'à l'animateur (trice) présent (e).

### RETARD

Je suis conscient qu'en inscrivant mon enfant au camp de jour, **je m'engage à respecter l'heure d'ouverture et de fermeture**, selon le choix d'inscription avec ou sans service de garde. Si jamais, je ne peux venir chercher mon enfant à l'heure mentionnée précédemment, je dois en aviser le plus rapidement possible le responsable, au 819-995-5112 ou au 819-268-2833, poste 2550. Une pénalité financière me sera imposée de **5 \$ pour chaque tranche de 15 minutes de retard, et ce, par enfant**. Je devrais aussi prévoir déboursier le montant en argent directement à l'animateur (trice) **le soir même**.

Camp de jour : de 9h00 à 16h00  
Service de garde : de 7h30 à 9h00 et de 16h00 à 17h30

### ACCEPTATION DES POLITIQUES

J'ai pris connaissance des politiques énumérées ci-haut et je les accepte.

Signature du parent ou tuteur : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/2024



### RELEVÉ 24 (le numéro d'assurance sociale est obligatoire pour émettre le relevé 24)

Nom et prénom du payeur \_\_\_\_\_ NAS \_\_\_\_\_

Adresse (si différent de l'enfant) \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

### AUTORISATION PRISE DE PHOTO

Nous vous demandons votre autorisation pour pouvoir prendre des photos de votre enfant en action afin de les partager sur le groupe Privé de Facebook.

Je \_\_\_\_\_ autorise n'autorise pas le responsable ainsi que les animateurs (trices) à prendre des photos de mon enfant pendant le camp de jour.

Signature du parent ou tuteur : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/2024



## FICHE SANTÉ - CAMP DE JOUR 2024

### RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

|                       |  |                   |             |
|-----------------------|--|-------------------|-------------|
| Prénom                |  | Nom de famille    |             |
| No. Assurance-Maladie |  | Date d'expiration | / (MM/AAAA) |

### ALLERGIE

Votre enfant souffre-t-il d'allergie (s) ?

|                  |     |     |             |       |     |
|------------------|-----|-----|-------------|-------|-----|
| Alimentaire      | Oui | Non | Animaux     | Oui   | Non |
| Piqûre d'insecte | Oui | Non | Pénicilline | Oui   | Non |
| Fièvre des foies | Oui | Non | Autres :    | _____ |     |

Votre enfant a-t-il à sa disposition un Épipen ou un Anakit en fonction de ses allergies ? Oui    Non

### PROBLÈME PHYSIQUE

Votre enfant souffre-t-il?

|                 |     |     |           |       |     |
|-----------------|-----|-----|-----------|-------|-----|
| Asthme          | Oui | Non | Diabète   | Oui   | Non |
| Hémophilie      | Oui | Non | Épilepsie | Oui   | Non |
| Maladie du cœur | Oui | Non | Autres :  | _____ |     |

### MÉDICATION

Votre enfant doit-t-il prendre des médicaments durant la journée? Oui    Non

Indiquer les médicaments que l'enfant devra possiblement prendre durant la journée :

(ex. : ventolin, pompe)                      (ex. : crise d'asthme)                      (Ex. : 2 bouffées avant exercices)

| Nom du médicament | Indication | Fréquence | Régulièrement ou au besoin |
|-------------------|------------|-----------|----------------------------|
|                   |            |           |                            |
|                   |            |           |                            |

### AUTORISATION DISTRIBUTION DE MÉDICAMENTS

a) J'autorise les responsables du camp de jour à distribuer à mon enfant (nom de l'enfant) \_\_\_\_\_

le ou les médicament (s) suivant : \_\_\_\_\_ selon la dose prescrite.

b) Je n'autorise pas les responsable du camp de jour à distribuer des médicaments à mon enfant

Signature du parent ou tuteur : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/2024



N.B : Tous les médicaments à prendre régulièrement devront être dans leur contenant original avec l'étiquette de prescription.

### CONDITION PHYSIQUE

Existe-t-il des contre-indications au niveau des activités physiques que votre enfant ne peut pas faire?

Oui    Non

Si oui, veuillez donner plus de détails : \_\_\_\_\_

### AUTORISATION

J'autorise la municipalité de Saint-Édouard-de-Maskinongé à transporter mon enfant par ambulance ou par tout autre moyen, et ce, à mes frais ainsi que de faire admettre mon enfant dans un établissement de soins de s Oui    Non

J'affirme que les renseignements donnés précédemment sont véridiques et que j'ai répondu au meilleur de ma connaissance.

Signature du parent ou tuteur : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/2024

