



FICHE D'INSCRIPTION - CAMP DE JOUR 2024 DU 24 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	
Prénom :		Prénom :	
Nom :		Nom :	
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. : _____

Signature du parent ou tuteur : _____

Date : ____/____/2024



DURÉE DU CAMP

Le camp de jour sera du **lundi 24 juin au vendredi 09 août 2024**, soit pour une période de 7 semaines.

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

Le camp de jour sera fermé le lundi 24 juin et 1^{er} juillet 2024 pour la Saint-Jean Baptiste et la Fête du Canada.

SORTIES DU CAMP DE JOUR

Des sorties vous seront proposées afin de découvrir les nombreuses activités se déroulant dans notre région. Le jour des sorties, le camp de jour sera fermé. Lors des activités de bricolage ou d'activités programmées d'avance, le camp de jour sera ouvert. 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

Important : Les 4 semaines devront être prédéfinies avant le début du camp de jour.

À partir du 1^{er} mai, un montant de 20\$ supplémentaire sera ajouté à l'inscription de chaque enfant.

CAMP DE JOUR

	Résident		Non-résident	
Durée du camp 7 semaines	1er enfant	230 \$ <input type="checkbox"/>	1er enfant	275 \$ <input type="checkbox"/>
	2e enfant et +	175 \$ <input type="checkbox"/>	2e enfant et +	210 \$ <input type="checkbox"/>

4 semaines prédéfinies	Par enfant	160 \$ <input type="checkbox"/>	Par enfant	195 \$ <input type="checkbox"/>
Semaines prédéfinies :	1- 24 au 28 juin. 2024	<input type="checkbox"/>	5- 22 au 26 juillet 2024	<input type="checkbox"/>
	2- 1 au 5 juillet 2024	<input type="checkbox"/>	6- 29 juil. au 2 août 2024	<input type="checkbox"/>
	3- 8 au 12 juillet 2024	<input type="checkbox"/>	7- 5 au 9 août 2024	<input type="checkbox"/>
	4- 15 au 19 juillet 2024	<input type="checkbox"/>		

FRAIS DE GARDE

	Résident		Non-résident	
Durée du camp 7 semaines	Par enfant	155 \$ <input type="checkbox"/>	Par enfant	190 \$ <input type="checkbox"/>

4 semaines prédéfinies	Par enfant	105 \$ <input type="checkbox"/>	Par enfant	130 \$ <input type="checkbox"/>
Semaines prédéfinies :	1- 24 au 28 juin. 2024	<input type="checkbox"/>	5- 22 au 26 juillet 2024	<input type="checkbox"/>
	2- 1 au 5 juillet 2024	<input type="checkbox"/>	6- 29 juil. au 2 août 2024	<input type="checkbox"/>
	3- 8 au 12 juillet 2024	<input type="checkbox"/>	7- 5 au 9 août 2024	<input type="checkbox"/>
	4- 15 au 19 juillet 2024	<input type="checkbox"/>		

TOTAL

Coût camp de jour		\$
Coût service de garde	+	\$
Inscription si après le 1 ^{er} mai (+ 20 \$)	+	\$
Grand total	=	\$

**Les frais seront payables en deux versements soit les 20 mai et 20 juin 2024
Paiement idéalement par chèque à la municipalité de Saint-Léon-le-Grand**

POLITIQUES

TARIFICATION

Le coût du camp de jour et du service de garde sont payable à l'inscription ou en deux versements **datés avant le 20 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-Léon-le-Grand 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 819-228-9675 ou au 819-228-3236, poste 3700. Une pénalité financière me sera imposée de **3 \$ pour chaque tranche de 5 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 la 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 <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Animaux	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Piqûre d'insecte	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Pénicilline	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Fièvre des foins	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	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 <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Diabète	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Hémophilie	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Épilepsie	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Maladie du cœur	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Autres :	_____	

MÉDICATION

Votre enfant doit-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

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.

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-Léon-le-Grand 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 santé. 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

