



## FICHE D'INSCRIPTION 2019

### CAMP DE JOUR DE LA MUNICIPALITÉ DE LA PÊCHE

# LES FORMIDABLES

AC	<input type="checkbox"/>
NC	<input type="checkbox"/>
RM	<input type="checkbox"/>

**Vous devez retourner en même temps la fiche d'inscription et la ou les fiches santé.  
S.V.P. remplir une fiche santé par enfant et écrire en lettres moulées.**

#### 1. PARENT(S)/TUTEUR(S)

	1 <sup>er</sup> parent / tuteur		2 <sup>e</sup> parent / tuteur	
Nom de famille :			Nom de famille :	
Prénom			Prénom :	
Lien avec l'enfant :			Lien avec l'enfant :	
Occupation :			Occupation :	
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"/>				
<b>Pour émission du relevé 24</b>			NAS :	
Nom du payeur :				

#### 2. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR L'ENFANT

**\*À noter : l'enfant doit avoir 5 ans au 30 juin 2019, et pas plus de 12 ans**

##### 1<sup>ER</sup> ENFANT :

Nom de famille :		Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Prénom :		Date de naissance : (JJ-MM-AAAA) :
Adresse :		Âge au 30 juin 2019 :
Code postal :		Dernier degré d'études complété (maternelle, 1 <sup>re</sup> année, 2 <sup>e</sup> année, etc.)

**819 456-2161, poste 0 (réception de la Municipalité), pour nous joindre avant le 26 juin 2019  
819 503-8810, poste 842795 (École secondaire Des Lacs), pour nous joindre à partir du 26 juin 2019  
Cellulaire du camp de jour à compter du 26 juin 2019 : à venir**

**2<sup>E</sup> ENFANT :**

Nom de famille :		Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
Prénom :		Date de naissance : (JJ-MM-AAAA) :	
Adresse :		Âge au 30 juin 2019 :	
		Dernier degré d'études complété (maternelle, 1 <sup>re</sup> année, 2 <sup>e</sup> année, etc.)	
Code postal :			

**3<sup>E</sup> ENFANT :**

Nom de famille :		Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
Prénom :		Date de naissance : (JJ-MM-AAAA) :	
Adresse :		Âge au 30 juin 2019 :	
		Dernier degré d'études complété (maternelle, 1 <sup>re</sup> année, 2 <sup>e</sup> année, etc.)	
Code postal :			

**3. CHOIX DE SESSION**

Dates	Cochez	Dates	Cochez
1) 25 au 28 juin (4 jours)	<input type="checkbox"/>	5) 22 au 26 juillet	<input type="checkbox"/>
2) 2 au 5 juillet (4 jours)	<input type="checkbox"/>	6) 29 juillet au 2 août	<input type="checkbox"/>
3) 8 au 12 juillet	<input type="checkbox"/>	7) 5 au 9 août	<input type="checkbox"/>
4) 15 au 19 juillet	<input type="checkbox"/>	8) 12 au 16 août	<input type="checkbox"/>

#### 4. SERVICE DE GARDE

Votre enfant fréquentera-t-il le service de garde?	
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Si OUI, qui est autorisé à aller le chercher le soir ( <b>autre que les deux parents ou le tuteur</b> )?*	
Prénom :	Prénom :
Nom :	Nom :
Lien avec l'enfant :	Lien avec l'enfant :
Téléphone (rés.) :	Téléphone (rés.) :
Téléphone (cell.) :	Téléphone (cell.) :
Mon enfant est AUTORISÉ à partir <b>seul</b> ** le soir. Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

\*\*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. Pour autoriser qui que ce soit dont le nom n'est pas mentionné à la section 4 de la présente fiche à aller chercher votre enfant, vous devez transmettre au préalable au service de garde un avis écrit précisant le nom de cette personne.

\*\*Pour la sécurité de votre enfant, une note écrite et signée par le ou les parents est requise lorsque l'enfant quitte seul. Merci de votre collaboration.

\_\_\_\_\_  
Nom du parent ou tuteur

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

\_\_\_\_\_  
Date de la signature

#### 5. TAILLE DE CHANDAIL

Veuillez préciser ci-dessous la taille de chandail portée par le ou les enfants. Un t-shirt du camp sera fourni aux enfants pour les sorties.

<b>Enfant 1</b>	Très-petit <input type="checkbox"/>	Petit <input type="checkbox"/>	Moyen <input type="checkbox"/>	Grand <input type="checkbox"/>	Très-grand <input type="checkbox"/>
<b>Enfant 2</b>	Très-petit <input type="checkbox"/>	Petit <input type="checkbox"/>	Moyen <input type="checkbox"/>	Grand <input type="checkbox"/>	Très-grand <input type="checkbox"/>
<b>Enfant 3</b>	Très-petit <input type="checkbox"/>	Petit <input type="checkbox"/>	Moyen <input type="checkbox"/>	Grand <input type="checkbox"/>	Très-grand <input type="checkbox"/>

## CALCUL DES FRAIS À PAYER

Semaines	Camp de jour (veuillez inscrire le montant)	Service de garde (veuillez inscrire le montant)	Montant à payer (camp de jour + service de garde)	Mode de paiement (réservé à l'administration)
1. Du 25 au 28 juin*				Paiement 1 (5 juin) :
2. Du 2 au 5 juillet*				
3. Du 8 au 12 juillet				Paiement 2 (19 juin) :
4. Du 15 au 19 juillet				
5. Du 22 au 26 juillet				Paiement 3 (3 juillet) :
6. 29 juillet au 2 août				
7. Du 5 au 9 août				Paiement 4 (17 juillet) :
8. Du 12 au 16 août				
Les 8 semaines				
<b>TOTAL À PAYER</b>				

\* **Semaines de 4 jours du 25 juin au 28 juin et du 2 juillet au 5 juillet** : les tarifs applicables pour la semaine de **4 jours** seront : pour les **résidents**, de 75 \$ pour le camp de jour et de 25 \$ pour le service de garde; pour les **non-résidents**, de 85 \$ pour le camp de jour et de 40 \$ pour les services de garde. Pour les **familles à revenus modestes**, le coût sera de 45 \$ pour le camp de jour et de 25 \$ pour le service de garde.

## RAPPEL DES TARIFS ET DATES LIMITES DE PAIEMENT

	Camp de jour	Service de garde
Revenu parental 46 605 \$ et plus	95 \$/semaine	30 \$/semaine
Revenu parental 46 605 \$ et moins (revenus modestes)	60 \$/semaine	30 \$/semaine
Non-résidents	105 \$/semaine	45 \$/semaine

819 456-2161, poste 0 (réception de la Municipalité), pour nous joindre **avant le 26 juin 2019**  
 819 503-8810, poste 842795 (École secondaire Des Lacs), pour nous joindre **à partir du 26 juin 2019**  
 Cellulaire du camp de jour à compter du 26 juin 2019 : à venir

DATES LIMITES DE PAIEMENT	Numéro semaine	Paiement	Date du paiement
Semaines			
Du 25 juin au 28 juin (4 jours)	1	1 <sup>er</sup>	5 juin
Du 2 juillet au 5 juillet (4 jours)	2		
Du 8 juillet au 12 juillet	3	2 <sup>e</sup>	19 juin
Du 15 juillet au 19 juillet	4		
Du 22 juillet au 26 juillet	5	3 <sup>e</sup>	3 juillet
Du 29 juillet au 2 août	6		
Du 5 août au 9 août	7	4 <sup>e</sup>	17 juillet
Du 12 août au 16 août	8		

**A NOTER :** En cas de chèque sans provision, la Municipalité facturera des frais supplémentaires de 25 \$. Les inscriptions impayées aux dates limites applicables aux semaines de camp concernées seront automatiquement annulées.

**819 456-2161, poste 0 (réception de la Municipalité), pour nous joindre avant le 26 juin 2019**  
**819 503-8810, poste 842795 (École secondaire Des Lacs), pour nous joindre à partir du 26 juin 2019**  
**Cellulaire du camp de jour à compter du 26 juin 2019 : à venir**



## FICHE SANTÉ 2019

# CAMP DE JOUR DE LA MUNICIPALITÉ DE LA PÊCHE LES FORMIDABLES

**Vous devez nous retourner la fiche santé avec votre fiche d'inscription.  
S.V.P. remplir une fiche santé par enfant et écrire en lettres moulées.**

### 1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR L'ENFANT

Nom de famille :		Sexe :	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Prénom :		Âge lors du séjour :	
Adresse :		Date de naissance : (JJ-MM -AAAA)	
Code postal :		<b>N° d'assurance- maladie (enfant) :</b>	
Téléphone:		<b>Date d'expiration :</b>	
Nom du médecin traitant :		Clinique ou hôpital :	
Téléphone du médecin :			

### 2. RÉPONDANT(S) DE L'ENFANT (PÈRE, MÈRE OU TUTEUR)

Nom du père :		Nom de la mère :	
Adresse :		Adresse :	
Téléphone :	(Rés.)	Téléphone :	(Rés.)
	(Bur.)		(Bur.)
	(Cell.)		(Cell.)
Courriel :		Courriel :	

### 3. EN CAS D'URGENCE

<b>Personne(s)</b> à joindre en cas d'URGENCE :	
Père et mère	<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/>
<b>Deux autres personnes</b> à joindre en cas d'URGENCE :	
Prénom et nom :	Prénom et nom :
Lien avec l'enfant :	Lien avec l'enfant :
Tél. (Rés.) :	Tél. (Rés.) :
Tél. (Bur.) :	Tél. (Bur.) :
Tél. (Cell.) :	Tél. (Cell.) :
Courriel :	Courriel :

### 4. ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

<b>Votre enfant a-t-il déjà subi une intervention chirurgicale?</b>		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Si oui, Date :		Raison :	
<b>A-t-il déjà eu des blessures graves?</b>		<b>Souffre-t-il de maladies chroniques ou récurrentes ?</b>	
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, date :		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, depuis quand?	
Description		Description	
<b>A-t-il déjà eu les maladies suivantes?</b>		<b>Souffre-t-il des maux suivants?</b>	
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? (facultatif)		Date	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"/>

\***Allergies** : Veuillez décrire la nature et les symptômes des allergies :

### VOTRE ENFANT A-T-IL A SA DISPOSITION UNE DOSE D'ADRÉNALINE (EPIPEN, ANA-KIT) EN FONCTION DE SES ALLERGIES?

Oui\*  Non

**\*Si oui, une dose devra être laissée en tout temps au camp de jour.**

Qui est autorisé à administrer le médicament à l'enfant et selon quelle posologie?

- Enfant lui-même
- animateur de l'enfant ou membre du personnel du camp
- Toute personne adulte

Posologie : \_\_\_\_\_

### À SIGNER SI VOTRE ENFANT A UNE DOSE D'ADRÉNALINE ET NE PEUT SE L'ADMINISTRER LUI-MÊME

Par la présente, j'autorise les personnes dont le nom est coché ci-dessus à administrer, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline \_\_\_\_\_ à mon enfant.

(nom du produit)

\_\_\_\_\_

Signature du parent

## 6. MÉDICAMENTS

Votre enfant prend-il un ou des médicaments?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Nom du médicament :	Posologie :	
Nom du médicament :	Posologie :	
Nom du médicament :	Posologie :	
Les prend-il lui-même? <input type="checkbox"/>	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 administrer le médicament prescrit à votre enfant.

## 7. MÉDICAMENTS EN VENTE LIBRE (SI APPLICABLE)

J'autorise le personnel du camp de jour de la Municipalité de La Pêche à administrer à mon enfant, si nécessaire, un ou plusieurs médicaments sans ordonnance en vente libre.

### Cocher les médicaments :

- Acétaminophène (Tylenol, Tempra)
- Antiémétique (Gravol)
- Antihistaminique (Benadryl, Reactine)
- Anti-inflammatoire (Advil)
- Sirop contre la toux
- Antibiotique en crème (Polysporin)
- Autre, préciser : \_\_\_\_\_

## 8. AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES (ÉNONCÉS APPLICABLES À VOTRE SITUATION)

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

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 :		
Fille : A-t-elle commencé à être menstruée?	Oui <input type="checkbox"/>	Non, et elle n'est pas renseignée <input type="checkbox"/>
		Non, mais elle est renseignée <input type="checkbox"/>
Y a-t-il des considérations particulières à ce sujet?		

## 9. BESOINS PARTICULIERS

Merci de remplir cette section, qui nous permet de mieux intégrer les enfants qui ont des besoins particuliers.

Votre enfant présente-t-il des problèmes de comportement?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si oui, a-t-il reçu un diagnostic et lequel? (p. ex. : trouble de comportement, TDA/H, anxiété, trouble du spectre de l'autisme, déficience motrice)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Veuillez décrire les problèmes (utiliser la page supplémentaire fournie à la fin du formulaire au besoin) :		

Est-ce qu'il y a d'autres renseignements importants qui aideraient le personnel du camp de jour à travailler avec votre enfant ? S'il vous plaît détaillez (personnalité, situation familiale, relations avec les autres, troubles du langage, etc.). Veuillez utiliser la page supplémentaire fournie à la fin du formulaire au besoin.			
Afin d'aider à l'évaluation des besoins de mon enfant, j'autorise le camp de jour à communiquer avec la personne-ressource suivante (facultatif) :			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Nom		Coordonnées (tél., courriel)	

**Veuillez prendre note que toutes les informations concernant l'état de santé de votre enfant demeureront confidentielles. Elles seront transmises uniquement à son animateur et aux responsables du camp afin de permettre un meilleur encadrement ainsi qu'une intervention plus efficace en cas d'urgence.**

Signature du père /de la mère /  
du tuteur \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

## 10. AUTORISATION DES PARENTS

- 10.1 J'autorise le personnel du camp de jour de la Municipalité de La Pêche à prendre **une photo d'identification** de mon enfant en début de séjour.
- 10.2 Étant donné que le camp de jour de la Municipalité de La Pêche 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 camp de jour de la Municipalité ( **Oui**  **Non**  )
- 10.3 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 à la direction du camp de jour, qui fera le suivi approprié avec l'animateur de mon enfant.
- 10.4 En signant la présente, j'autorise le camp de jour de la Municipalité de La Pêche à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Si la direction du camp de jour de la Municipalité de La Pêche le juge nécessaire, je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance (à mes frais) ou autrement dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire si les personnes responsables n'ont pu me contacter immédiatement.
- 10.5 Je m'engage à collaborer avec la direction du camp de jour de la Municipalité de La Pêche et à venir la rencontrer si le comportement de mon enfant nuit au bon déroulement des activités.

\_\_\_\_\_  
Nom et prénom du parent ou tuteur

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Date

**RENSEIGNEMENTS SUPPLEMENTAIRES**

Votre enfant présente-il des problèmes de comportement? **(suite)**

Est-ce qu'il y a d'autres renseignements importants qui aideraient le personnel du camp de jour à travailler avec votre enfant? **(suite)**