

Section 1 - Renseignements sur l'enfant			
Prénom		Nom	
Date de naissance		Âge au 1 ^{er} mars 2020	
Sexe	Féminin <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/>	Maternelle 4 ans en cours	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Adresse		Ville	
Code Postal		Province	
Numéro d'assurance-maladie		Date d'expiration	
Section 2 – Répondant de l'enfant			
Prénom		Prénom	
Nom		Nom	
Lien avec l'enfant	Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur légal <input type="checkbox"/>	Lien avec l'enfant	Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur légal <input type="checkbox"/>
Téléphone travail		Téléphone travail	
Cellulaire ou autre		Cellulaire ou autre	
Courriel		Courriel	
Section 3 – En cas d'urgence			
Qui joindre en cas d'urgence	Père et Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur légal <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/>		
Deux autres personnes à joindre en cas d'urgence			
Prénom		Prénom	
Nom		Nom	
Lien avec l'enfant		Lien avec l'enfant	
Téléphone maison		Téléphone maison	
Téléphone autre		Téléphone autre	
Section 4 – Tarification			
Camp relâche (4* @12 ans *maternelle 5 ans en cours)			
Semaine complète	100.00\$		\$
Service de garde (2 périodes par jour : 7 h 30 à 9 h + 16 h à 17 h 30)			
Semaine complète	50.00\$/enfant <input type="checkbox"/>		\$
Total des frais d'inscription			\$
Taxes applicables			\$
Total à payer			\$

Section 5 – Relevé 24			
Veuillez nous indiquer à quoi doit être produit le Relevé 24 (frais de garde)			
Nom		Prénom	
Numéro d'assurance sociale			
Section 6 – Autorisations parentales			
Votre enfant est-il autorisé à quitter le camp de jour seul?		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Sinon, avec qui peut-il quitter? (Maximum 3 personnes excluant les parents/tuteur) <i>*Veuillez noter que si une personne non autorisée vient chercher votre enfant, le personnel du camp de jour n'est pas autorisé à laisser votre enfant partir, et ce peu importe le lien de parenté. Pour toute personne dont le nom n'apparaît pas sur ce formulaire, vous devrez transmettre un avis écrit en précisant le nom, prénom et lien avec l'enfant de cette personne.</i>		Nom	
		Prénom	
		Lien avec l'enfant	
		Nom	
		Prénom	
		Lien avec l'enfant	
		Nom	
		Prénom	
		Lien avec l'enfant	
Étant donné que le camp de jour de Grandes-Piles prendra des photos et (ou) des vidéos au cours des activités de mon enfant durant l'été, je l'autorise à utiliser ce matériel en tout ou en partie à des fins promotionnelles. Tout le matériel utilisé demeurera la propriété de la municipalité de Grandes-Piles			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
J'autorise le personnel du camp de jour de Grandes-Piles à aider mon enfant à appliquer sa crème solaire et (ou) son chasse-moustique, au besoin.			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Sorties/activités			
Glissades sur tubes – Vallée du Parc			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Section 7 – État de santé			
Votre enfant souffre d'un ou des maux suivants?		Votre enfant prend-il de la médication?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> <i>Si oui, veuillez remplir le formulaire de prise de médicament.</i>
Asthme	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Si oui, précisez	Est-il en mesure de se l'administrer seul? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> <i>Si non, veuillez remplir le formulaire de prise de médicament.</i>
Épilepsie	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Si oui, précisez?	
Diabète	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Migraines	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Allergies	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Si oui, précisez?	

Autres		
Si des modifications concernant l'état de santé de mon enfant survenait à changer avant le début ou pendant la période du camp de jour, je m'engage à transmettre toutes informations utiles à la direction du camp de jour, qui fera le suivi approprié auprès du personnel.	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
J'autorise le personnel du camp de jour de Grandes-Piles à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Si la direction le juge nécessaire, je l'autorise à transporter mon enfant par ambulance dans un établissement de santé.	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
J'autorise les échanges sur le fonctionnement et les comportements de mon enfant entre les professionnels en suivi à son dossier et la direction du camp de jour de Grandes-Piles.	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>
Section 8 – Informations pertinentes		
Est-ce que votre enfant a un suivi particulier à l'école ou centre de santé? (<i>Intervenant ou autres ressources professionnelles</i>)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
		Si oui, précisez :
Nom complet des professionnels et établissement		
Votre enfant a-t-il des limitations physiques l'empêchant de participer à certaines activités?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
		Si oui, précisez :

En signant la présente, je _____ (nom du parent/tuteur) confirme que toutes les informations ci-haut mentionnées sont exactes.

Je m'engage à collaborer tout le personnel du camp de jour de Grandes-Piles quant au comportement de mon enfant, si celui-ci nuit au bon déroulement des activités.

Je m'engage à payer la totalité des frais reliés à l'inscription de mon enfant au camp de jour de Grandes-Piles au plus tard le jeudi précédant le début du camp de jour, soit le 21 juin 2019.

Signature du parent ou tuteur légal

Date

Section 9 – Réservee à l'administration			
Type de paiement	Chèque		Reçu le :
	Argent		Reçu le :
	Débit		Reçu le :
	Crédit		Reçu le :