

FORMULAIRE D'INSCRIPTION CAMP DE JOUR

UTILISER UN FORMULAIRE D'INSCRIPTION PAR ENFANT



1. RENSEIGNEMENTS SUR L'ENFANT

NOM :	PRÉNOM :
ADRESSE :	
DATE DE NAISSANCE :	Âge :
# ASSURANCE MALADIE :	EXP. :
# TÉLÉPHONE RÉSIDENCE :	TÉL. URGENCE :

2. RENSEIGNEMENTS SUR LES PARENTS

PÈRE	MÈRE
PRÉNOM, NOM:	PRÉNOM, NOM :
ADRESSE :	ADRESSE :
# TÉLÉPHONE MAISON :	# TÉLÉPHONE MAISON :
# TÉLÉPHONE TRAVAIL :	# TÉLÉPHONE TRAVAIL :
# CELLULAIRE :	# CELLULAIRE :
COURRIEL :	COURRIEL :

3. EN CAS D'URGENCE (AUTRE QUE PARENTS)

(Personne à contacter si les parents ne peuvent être rejoints)

NOM : _____ LIEN AVEC L'ENFANT : _____

TÉLÉPHONE 1 : _____ # TÉLÉPHONE 2 : _____

4. ACTIVITÉS AQUATIQUES

L'enfant nage-t-il ? NON OUI NIVEAU : _____

Autres remarques / besoin ceinture de flottaison : _____

5. À LA FIN DE LA JOURNÉE, MON ENFANT QUITTE AVEC (Il peut y avoir plus d'une personne) :

LE PÈRE : LA MÈRE : QUITTE SEUL :

AUTRES PERSONNES AUTORISÉES : _____

NOM 1 : _____ LIEN AVEC L'ENFANT : _____

NOM 2 : _____ LIEN AVEC L'ENFANT : _____

6. LE REÇU POUR FINS D'IMPÔTS SERA ÉMIS À

NOM : _____ OU NON je ne veux pas recevoir le Relevé 24

7. CHOIX GRANDEUR CHANDAIL DU CAMP :

XSMALL	SMALL	MEDIUM	LARGE
--------	-------	--------	-------

SIGNATURE : _____ DATE : _____

Nom de l'enfant : _____ ÂGE : _____

8. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX :

MALADIE ? HANDICAP ? ALLERGIE ? TROUBLES DE COMPORTEMENT ?

SVP SPÉCIFIEZ : _____

9. MÉDICAMENTS : SVP SPÉCIFIEZ LEQUEL OU LESQUELS ?

Durant l'année scolaire : _____

Durant l'été : _____

10. AUTORISATION MÉDICALE :

J'autorise la Municipalité de Saint-Fabien, les moniteurs, les aides-moniteurs et la coordonnatrice à distribuer ou administrer à mon enfant des médicaments prescrits selon une posologie précise. J'autorise également à lui prodiguer tous soins infirmiers requis par son état et même à le transporter par ambulance ou autrement dans un établissement de santé si elle le juge nécessaire. De plus, s'il est impossible de nous rejoindre, en cas d'urgence grave, j'autorise le médecin traitant à effectuer tout traitement y compris la pratique d'une intervention chirurgicale, des injections, l'anesthésie et l'hospitalisation. De plus, si des modifications concernant l'état de santé de mon enfant survenaient avant le début ou pendant la période du camp, je m'engage à transmettre cette information à la direction du camp, qui fera le suivi approprié.

11. AUTORISATION POUR PHOTOS :

J'autorise la Municipalité de Saint-Fabien et Les Loisirs Saint-Fabien à utiliser les photographies de mon enfant prises durant le camp de jour afin d'illustrer ses bulletins périodiques, son site web, ses brochures de programmation des loisirs ou tout autre support de communication jugé pertinent par le Service des loisirs de Saint-Fabien.

J'ATTESTE : AVOIR LU ET COMPRIS L'AUTORISATION MÉDICALE

AVOIR LU ET COMPRIS L'AUTORISATION POUR PHOTOS

12. MODALITÉS DE PAIEMENT (compléter avec la coordonnatrice)

<u>Choix de paiement</u>	<u>Coût pour le Camp de jour</u>	<u>Coût pour le service de garde :</u>
1 versement :	150\$/ 1 ^{er} enfant	150\$/ 1 ^{er} enfant
2 versements :	125\$/ 2 ^e enfant	125\$/ 2 ^e enfant
3 versements :	105\$/ 3 ^e enfant	105\$/ 3 ^e enfant

Coût total pour l'enfant : _____ \$ Coût total pour la famille : _____ \$ Coût par versement : _____ \$

SIGNATURE : _____

DATE : _____