



## Formulaire d'inscription Camp de jour – Été 2021

1 formulaire par enfant

### 1. Renseignements généraux sur l'enfant

Prénom et nom de l'enfant : _____	
Adresse de l'enfant : _____	
Date de naissance de l'enfant : _____ (JJ/MM/AAAA)	
Âge : _____	Niveau scolaire complété : _____

### 2. Parents ou Tuteur

Nom du père : _____	Nom de la mère : _____
Téléphone au travail : _____	Téléphone au travail : _____
Cellulaire : _____	Cellulaire : _____
Courriel : _____	Courriel : _____
<b>Garde de l'enfant</b>	
Père et mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Partagée <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/>	

### 3. Service de garde

Votre enfant fréquentera-t-il le service de garde ? Le matin : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non    Le soir : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <b>Si OUI</b> , qui est autorisé à aller le chercher le soir (autre que l'un des deux parents)?
Nom et prénom :
Lien avec l'enfant :
Mon enfant est <b>AUTORISÉ</b> à partir <u>seul</u> le soir. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

\* Veuillez note 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'unie à cette personne. Pour autoriser qui que ce soit dont le nom n'est pas mentionné à la section 3 du présent formulaire à aller chercher votre enfant, vous devez transmettre au préalable au service de garde un avis écrit précisant le nom de cette personne.

#### 4. Baignade

Votre enfant sait-il nager sans l'aide d'un VFI (veste de sauvetage) sur une distance de 10 mètres sans toucher le fond ?  Oui  Non

Besoin d'un VFI (veste de sauvetage) ?  Oui  Non

Votre enfant a-t-il suivi un cours de natation ?  Oui  Non

Dernier cours de natation terminé ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature du parent

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



## Fiche de santé Camp de jour – Été 2021

1 formulaire par enfant

### 1. Renseignements généraux sur l'enfant

Prénom et nom de l'enfant : _____
Adresse de l'enfant : _____
Numéro de téléphone : _____
Date de naissance de l'enfant : _____ (AAAA/MM/JJ)
Âge : _____
Numéro d'assurance-maladie : _____
Date d'expiration : _____

### 2. Parents ou Tuteur

Nom du père : _____	Nom de la mère : _____
Téléphone au travail : _____	Téléphone au travail : _____
Cellulaire : _____	Cellulaire : _____

### 3. En cas d'urgence

Personne à rejoindre en cas d'URGENCE : <input type="checkbox"/> Père et mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère	
Deux autres personnes à joindre en cas d'URGENCE :	
Prénom et nom : _____	Prénom et nom : _____
Lien avec l'enfant : _____	Lien avec l'enfant : _____
Téléphone résidence : _____	Téléphone résidence : _____
Cellulaire : _____	Cellulaire : _____

### 4. Antécédents médicaux

Votre enfant a-t-il déjà subi une intervention chirurgicale ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Si oui, précisez :		En quelle année :	
Blessures graves		Maladies chroniques ou récurrentes	
Décrire : _____	_____	Décrire : _____	_____
Année : _____	_____	Année : _____	_____

Souffre-t-il des maux suivants?		A-t-il des allergies	
Asthme	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Fièvre des foins	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Diabète	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Herbe à puces	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Épilepsie	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Piqûres d'insectes	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Migraines	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Animaux*	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Autres, précisez :		Médicaments*	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
		Allergies alimentaires*	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
		Précisez :	

### 5. Médicaments

Votre enfant prend-t-il des médicaments ?  Oui  Non

Si oui, noms des médicaments et posologies : \_\_\_\_\_

Les prennent-ils lui-même ?  Oui  Non

Précision : \_\_\_\_\_

**À signer si votre enfant doit prendre des médicaments au Camp de jour.**

Par la présente, j'autorise les personnes désignées par le Camp de jour de Saint-Louis-du-Ha! Ha! à administrer les médicaments suivant à mon enfant :

\_\_\_\_\_

Signature du parent : \_\_\_\_\_

Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Epipen, Ana-Kit) en raison de ses allergies?  Oui  Non

À signer si votre enfant à une dose d'adrénaline

Par la présente, j'autorise les personnes désignées par le Camp de jour de Saint-Louis-du-Ha! Ha! à administrer, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline.

Signature du parent : \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Mon enfant a un trouble du langage	<input type="checkbox"/> Mon enfant a un trouble d'opposition
<input type="checkbox"/> Mon enfant a un TDA/H	<input type="checkbox"/> Mon enfant a un trouble envahissant du développement
<input type="checkbox"/> Mon enfant est autiste	<input type="checkbox"/> Mon enfant a de la difficulté avec l'autorité (crise, colérique, etc.)
Avez-vous des recommandations spéciales ?	

Renseignements psychosociaux : Votre enfant a-t-il des difficultés d'attention, d'impulsivité, d'agressivité, d'hyperactivité ou autre difficulté ?  Oui  Non  
Si oui précisez : \_\_\_\_\_

Afin de créer un encadrement adapté aux besoins de votre enfant, a-t-il ou a-t-elle reçu, au cours des 12 derniers mois, un service ou fait l'objet d'un suivi de la part d'un professionnel de la santé à l'école ou du CLSC ?  Oui  Non

Si oui, précisez, le suivi et le nom du professionnel concerné.

• Suivi psychosocial  Suivi en cours  Suivi terminé  
Nom du professionnel : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

• Suivi psychologique  Suivi en cours  Suivi terminé  
Nom du professionnel : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

• Suivi médical  Suivi en cours  Suivi terminé  
Nom du professionnel : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

• Autre suivi :  Suivi en cours  Suivi terminé  
\_\_\_\_\_

J'autorise ce (ces) dernier (s) ou un responsable désigné (à déterminer) à communiquer les renseignements désirés à son animateur et à son supérieur immédiat afin de permettre de meilleures interventions.  Oui  Non

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

## 7. Autorisation des parents

- J'autorise l'animateur du camp de jour de Saint-Louis-du-Ha! Ha! a consulté la fiche de santé et à intervenir auprès de lui si le juge nécessaire.
- Étant donné que le Camp de jour de Saint-Louis-du-Ha! Ha! prendra des photos 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 Saint-Louis-du-Ha! Ha!
- Si des modifications concernant l'état de santé de mon enfant survenaient avant le début ou pendant la période de 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.
- En signant la présente, j'autorise le Camp de jour de Saint-Louis-du-Ha! Ha! à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Si la direction du Camp de jour de Saint-Louis-du-Ha! Ha! le juge nécessaire, je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire.
- Je m'engage à collaborer avec la Direction du Camp de jour de Saint-Louis-du-Ha! Ha! et à venir la rencontrer si le comportement de mon enfant nuit au bon déroulement des activités.

### **Autorisation supplémentaire en raison de la COVID-19**

- J'accepte qu'il y ait des risques que mon enfant soit en contact avec d'autres enfants et qu'il se trouve parfois à moins de deux mètres de distance des autres.

Signature du parent \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_



## Camp de jour été 2021

La municipalité de Saint-Louis-du-Ha! Ha! offrira cet été, un camp de jour à partir du lundi 28 juin jusqu'au jeudi 12 août prochain pour une durée de 7 semaines. Les heures d'ouverture seront du lundi au vendredi :

Service de garde de 8h00 à 9h00 et de 15h00 à 16h00  
Camp de jour : 9h00 à 15h00

À noter que le jeudi 1<sup>er</sup> juillet, le service de garde et le camp de jour seront fermés.

Le camp de jour s'adresse aux enfants âgés de 5 à 12 ans. Pour les enfants de 5 ans, ils doivent avoir 5 ans avant le 30 juin 2021.

**La période d'inscription aura lieu du 19 mai au 26 mai 2021. Les places seront limitées.**

Voici les procédures pour faire votre paiement :

- \* Nous vous demandons de libeller votre chèque au nom de Municipalité de Saint-Louis-du-Ha! Ha! ;
- \* Vous pouvez payer en totalité ou bien faire deux chèques postdatés soit un 22 juin 2021 et l'autre 20 juillet 2021;
- \* Vous pouvez faire le paiement par carte de débit ou en argent au bureau municipal.
- \* Vous pouvez le faire par la poste en incluant votre paiement, la feuille de tarification et formulaires d'inscriptions et nous les faire parvenir à l'adresse suivante : Camp de jour, Municipalité de Saint-Louis-du-Ha! Ha! 95, rue Saint-Charles, Saint-Louis-du-Ha! Ha! (Québec), G0L 3S0
- \* Aucun remboursement ne sera accordé, sauf sur présentation d'un billet médical justifiant l'annulation de l'inscription.

Diane Bossé  
Coordonnatrice en loisirs  
418-854-2260 poste 103

## TARIFICATION

### Camp de jour / Inscription 7 semaines / 9h00 a 15h00

**Note : 25 % de rabais pour le deuxième enfant et plus**

<input type="checkbox"/>	Premier enfant : 125 \$ (17.86 \$ / semaine) Nom de l'enfant : _____	Total _____
<input type="checkbox"/>	Deuxième enfant 93.75 \$ (13.40 \$ / semaine) Nom de l'enfant : _____	Total _____
<input type="checkbox"/>	Troisième enfant : 93.75 \$ (13.40 \$ / semaine) Nom de l'enfant : _____	Total _____
<input type="checkbox"/>	Quatrième enfant : 93.75 \$ (13.40 \$ / semaine) Nom de l'enfant : _____	Total _____

**Grand total** \_\_\_\_\_

### Service de garde / 8h00 à 9h00 et 15h00 à 16h00

**Veillez choisir les semaines que votre enfant sera présent**

**Note : 25 % de rabais pour le deuxième enfant et plus**

( ) 28 juin    ( ) 5 juillet    ( ) 12 juillet    ( ) 19 juillet    ( ) 26 juillet  
( ) 2 août        ( ) 9 août

Premier enfant	<input type="checkbox"/> 30 \$ / semaine (6 \$ / 2 hres) _____ nbs sem. X 30 \$ Total : _____	<input type="checkbox"/> 210 \$ (pour l'été)  Total : _____
Deuxième enfant	<input type="checkbox"/> 22.50 \$ / semaine (4.50 \$ x 2h) _____ nbs sem. X 22.50 \$ Total : _____	<input type="checkbox"/> 157.50\$ (pour l'été)  Total : _____
Troisième enfant	<input type="checkbox"/> 22.50 \$ / semaine (4.50 \$ x 2h) _____ nbs sem. X 22.50 \$ Total : _____	<input type="checkbox"/> 157.50\$ (pour l'été)  Total : _____
Quatrième enfant	<input type="checkbox"/> 22.50 \$ / semaine (4.50 \$ x 2h) _____ nbs sem. X 22.50 \$ Total : _____	<input type="checkbox"/> 157.50\$ (pour l'été)  Total : _____

**Grand total :** \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_