

FICHE D'INSCRIPTION CAMP JOUR 2017

IDENTIFICATION

Nom de l'enfant		Sexe M ___ F ___	
Prénom de l'enfant			
Adresse		Code postal	
No d'assurance-maladie		Expiration / (obligatoire)	
Date de naissance (Année/Mois/Jour)		Âge au 30 septembre 2017	

PERSONNE À JOINDRE EN CAS D'URGENCE

Mère		Courriel (communications courantes)	
Tél. résidence	Tél.bureau	Cellulaire	
Père		Courriel (communications courantes)	
Tél. résidence	Tél.bureau	Cellulaire	

CHOIX POUR LE CAMP DE JOUR	PRIX	COCHER	TOTAL
Temps plein : 1 ^{er} enfant	350,00 \$		
Temps plein : 2 ^e enfant	325,00 \$		
Temps plein: 3 ^e enfant	300,00 \$		
Camp à la semaine	95,00 \$		
Camp à la journée	25,00 \$		
Pour quelle semaine ou journée? À déterminer maintenant S.V.P.		Grand Total	

CHOIX DU SERVICE DE GARDE	PRIX	COCHER	TOTAL
Été complet	200,00 \$		
40 périodes	120,00 \$		
10 périodes	40,00 \$		
À la période	5,00 \$		Facturé aux 2 semaines
		Grand Total	

Votre enfant fréquentera-t-il le service de garde?	
Le matin: Oui ___ Non ___	Le soir: Oui ___ Non ___
Lors de son départ, avec ou sans service de garde, avec qui l'enfant est-il autorisé à partir?	
Seul ___ Père ___ Mère ___ Autre ___ Nom: _____ Lien de parenté: _____	

Veuillez retourner à:

Municipalité de L'Avenir

545, rue Principale L'Avenir JOC 1B0

La Fiche d'Inscription (recto-verso)

2 Chèques postdatés au nom de la Municipalité de L'Avenir

1^{er} versement (50%) 26 mai 2017 - 2^e versement (50%) 19 juin 2017

MODALITÉS DE REMBOURSEMENT

Dans le cas où l'enfant ne peut plus participer aux activités du camp pour des raisons de santé (preuve médicale à l'appui), la Municipalité remboursera les frais d'inscription au prorata des semaines restantes. Toute demande de remboursement doit être faite par écrit à la Municipalité de L'Avenir.

SÉCURITÉ AQUATIQUE

Mon enfant doit porter un vêtement de flottaison individuelle (VFI) Oui _____ Non _____

DONNÉES MÉDICALES

Votre enfant présente-t-il des problèmes de santé? Oui _____ Non _____

Allergies alimentaires _____ ÉPIPEN Oui _____ Non _____

Allergies aux médicaments _____ ÉPIPEN Oui _____ Non _____

Autres _____ ÉPIPEN Oui _____ Non _____

*Pour des raisons de sécurité, l'enfant doit transporter son Épipen en tout temps sur lui.

Votre enfant présente-t-il des troubles suivants?

Trouble de comportement ou psychologique ? Oui _____ Non _____ si oui Précisez:

Trouble d'ordre moteur ? Oui _____ Non _____ si oui Précisez:

Autre maladie connue? ? Oui _____ Non _____ si oui Précisez:

A besoin d'un accompagnateur ? Oui _____ Non _____ si oui Précisez:

IMPORTANT

La Municipalité de L'Avenir n'assume pas de service quant à l'administration et la gestion de la prise de médicaments dans le cadre de son camp de jour et de son service de garde. Sont exclus de cette politique: l'administration d'Épipen et de Pompes en cas de crise d'asthme et ce, afin d'assurer la survie d'un enfant. Cette liste est non limitative et s'applique à tous les premiers soins pouvant être administrés à un enfant participant à des activités.

AUTORISATION MÉDICALES

J'autorise la direction du camp à faire en sorte que soient prodigués à mon enfant tous les soins nécessaires. Je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement (à mes frais) et à le faire admettre dans un établissement de santé. De plus, en cas d'urgence, ou s'il est impossible de nous joindre, j'autorise le médecin choisi par les autorités du camp à prodiguer à mon enfant tous les soins médicaux requis par son état.

Signature _____

AUTORISATION IMAGES

J'autorise le camp de jour à prendre des photos et vidéos de mon enfant. Oui _____ Non _____ Initiale: _____

POUR FINS D'IMPÔTS

À noter que le numéro d'assurance sociale est obligatoire pour émettre un RELEVÉ 24.

Nom du parent payeur

No d'assurance sociale du parent payeur

Adresse (si différente de celle mentionnée au verso)

RESPECT DES POLITIQUES

Je comprends que le camp se réserve le droit de retirer un enfant du groupe et que, le cas échéant, la Municipalité ne remboursera aucun montant. Si mon enfant est retiré des activités, je m'engage à venir le chercher dans les plus brefs délais. Initiale : _____

Je déclare que toute l'information sur le participant est véridique et exacte. Initiale: _____

J'ai pris connaissance des politiques et code de vie et je m'engage à les respecter. Initiale : _____

SIGNATURE

DATE