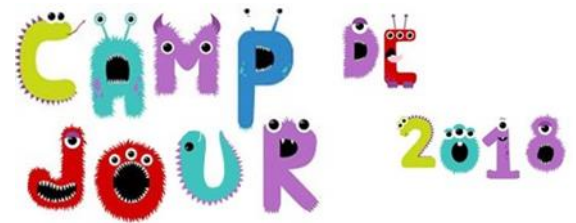




SAINT-PATRICE-DE-SHERRINGTON
300, rue Saint-Patrice
Sherrington (Québec) J0L 2N0



FORMULAIRE D'INSCRIPTION

* Remplir un formulaire par enfant

* Le 1er enfant doit être celui qui a le plus grand nombre de semaine

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR L'ENFANT

Nom de famille : _____ prénom : _____

Sexe M F Date de naissance ____/____/____ Année scolaire terminée : _____

Adresse : _____

PARENTS OU TUTEURS

Nom du parent : _____

Adresse : _____

Courriel : _____

Téléphone Rés. (____) _____ - _____ Bur.(____) _____ - _____ Cell.(____) _____ - _____

Nom du parent : _____

Adresse : _____

Courriel : _____

Téléphone Rés. (____) _____ - _____ Bur.(____) _____ - _____ Cell.(____) _____ - _____

REÇU D'IMPÔT POUR FRAIS DE GARDE (RELEVÉ 24)

Au nom de : _____

NAS : _____

Refus de fournir le NAS

GARDE DE L'ENFANT

Père et mère Mère Père Partagée Tuteur

SERVICE DE GARDE

Service de garde OUI NON A.M. (7 h à 8 h) P.M. (16 h à 18 h)

Votre enfant est-il autorisé à quitter le camp de jour seul OUI NON

*si oui, le formulaire d'autorisation de départ doit être dûment rempli



CHOIX DE SEMAINE CAMP DE JOUR ET SERVICE DE GARDE (À COCHER)

	DATE	CAMP DE JOUR	FRAIS	SERVICE DE GARDE	FRAIS
FORFAIT 9 SEMAINES		<input type="checkbox"/>	495 \$	<input type="checkbox"/>	180 \$
FORFAIT 4 SEMAINES		<input type="checkbox"/>	260 \$	<input type="checkbox"/>	80 \$
SEMAINE 1 JOUR FÉRIÉ 25 JUIN	26 juin 2018 au 29 juin 2018	<input type="checkbox"/>	70 \$	<input type="checkbox"/>	20 \$
SEMAINE 2 JOUR FÉRIÉ 2 JUILLET	3 juillet 2018 au 6 juillet 2018	<input type="checkbox"/>	70 \$	<input type="checkbox"/>	20 \$
SEMAINE 3	9 juillet 2018 au 13 juillet 2018	<input type="checkbox"/>	70 \$	<input type="checkbox"/>	20 \$
SEMAINE 4	16 juillet 2018 au 20 juillet 2018	<input type="checkbox"/>	70 \$	<input type="checkbox"/>	20 \$
SEMAINE 5	23 juillet 2018 au 27 juillet 2018	<input type="checkbox"/>	70 \$	<input type="checkbox"/>	20 \$
SEMAINE 6	30 juillet 2018 au 3 août 2018	<input type="checkbox"/>	70 \$	<input type="checkbox"/>	20 \$
SEMAINE 7	6 août 2018 au 10 août 2018	<input type="checkbox"/>	70 \$	<input type="checkbox"/>	20 \$
SEMAINE 8	13 août 2018 au 17 août 2018	<input type="checkbox"/>	70 \$	<input type="checkbox"/>	20 \$
SEMAINE 9	20 août 2018 au 24 août 2018	<input type="checkbox"/>	70 \$	<input type="checkbox"/>	20 \$

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

Camp de jour

Forfait 9 semaines 495 \$ _____

Forfait 4 semaines 260 \$ _____

Nombre de semaines _____ X 70 \$ = _____

Service de garde

Nombre de semaines _____ X 20 \$ = _____

Rabais 2^e, 3^e... enfant _____ X -5 \$ = _____

TOTAL À PAYER _____

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

PAIEMENT COMPLET

COMPTANT CHÈQUE INSTITUTION

À l'inscription _____ \$ ____/____/2018

PAIEMENTS DIFFÉRÉS

***Au plus tard le 3 mai 2018**

08-05-2018 _____ \$ N°. Chq _____

12-06-2018 _____ \$ N°. Chq _____

17-07-2018 _____ \$ N°. Chq _____

CONSENTEMENT DES PARENTS

- J'ai pris connaissance du guide des parents ainsi que du guide des modalités relatifs au camp de jour et au service de garde et j'autorise mon enfant à participer aux activités. _____ (Initiale)
- J'accepte qu'il n'y ait pas de remboursement des frais, excepté dans les cas mentionnés au guide des modalités. _____ (Initiale)
- Je déclare que les renseignements que j'ai fournis sont exacts. _____ (Initiale)
- Je m'engage à respecter les horaires du camp (8 h à 16 h) et du service de garde (7 h à 8 h et 16 h à 18 h) _____ (Initiale)

Signature _____ Date _____ / _____ / _____



FICHE SANTÉ 2018

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Nom de l'enfant _____ Prénom de l'enfant _____

Numéro d'assurance maladie _____ Expiration _____

RÉPONDANT DE L'ENFANT

Nom des parents : _____

Adresse : _____

Courriel : _____

Téléphone Rés. (____) _____ - _____ Bur.(____) _____ - _____ Cell.(____) _____ - _____

EN CAS D'URGENCE

Nom complet : _____

Adresse : _____

Lien avec la famille Parent Ami Voisin Autre

Téléphone Rés. (____) _____ - _____ Bur.(____) _____ - _____ Cell.(____) _____ - _____

Nom complet : _____

Adresse : _____

Lien avec la famille Parent Ami Voisin Autre

Téléphone Rés. (____) _____ - _____ Bur.(____) _____ - _____ Cell.(____) _____ - _____

Nom complet : _____

Adresse : _____

Lien avec la famille Parent Ami Voisin Autre

Téléphone Rés. (____) _____ - _____ Bur.(____) _____ - _____ Cell.(____) _____ - _____



SAINT-PATRICE-DE-SHERRINGTON
300, rue Saint-Patrice
Sherrington (Québec) J0L 2N0

ALLERGIES

Est-ce que votre enfant a des allergies ou intolérances ? OUI NON

Précisez :

Est-ce que votre enfant a à sa disposition une dose d'adrénaline (Epipen, Ana-Kit) en fonction de ses allergies ?
OUI NON

Si oui, qui est autorisé à conserver et administrer ce médicament et selon quelle posologie ?

L'enfant lui-même Moniteur de l'enfant Toute personne adulte responsable

À SIGNER SI VOTRE ENFANT POSSÈDE UNE DOSE D'ADRÉNALINE

Signature _____ Date _____ / _____ / _____

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

Est-ce que votre enfant a des problèmes de comportement ? OUI NON

Si oui, décrire :

AUTORISATION MÉDICALE POUR TOUS LES CAS D'URGENCE MÉDICALE

Les responsables me feront part de toute décision quant aux soins médicaux prodigués à mon enfant dans les plus brefs délais afin d'obtenir mon consentement. S'il lui est impossible de me joindre, je l'autorise à intervenir en mon nom. De plus, en cas d'urgence grave, j'autorise le médecin traitant à effectuer tout traitement, incluant une anesthésie, une opération, une hospitalisation ou autre, dans le but de soigner ou de sauver la vie de mon enfant.

Signature du parent _____ date _____

Soyez assuré que les renseignements fournis sur cette fiche demeureront confidentiels et serviront uniquement à assurer un service adéquat à votre enfant.



AUTORISATION DE DÉPART

IDENTIFICATION DE L'ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____

Nom du parent : _____

AJOUT DE PERSONNES AUTORISÉES À RÉCUPÉRER MON ENFANT

Nom complet : _____

Adresse : _____

Lien avec la famille Parent Ami Voisin Autre

Téléphone Rés. (____) _____ - _____ Bur.(____) _____ - _____ Cell.(____) _____ - _____

Nom complet : _____

Adresse : _____

Lien avec la famille Parent Ami Voisin Autre

Téléphone Rés. (____) _____ - _____ Bur.(____) _____ - _____ Cell.(____) _____ - _____

Nom complet : _____

Adresse : _____

Lien avec la famille Parent Ami Voisin Autre

Téléphone Rés. (____) _____ - _____ Bur.(____) _____ - _____ Cell.(____) _____ - _____

*Cette personne devra présenter une pièce d'identité.

*À noter que si ce n'est pas une personne autorisée qui vient chercher votre enfant, le personnel du service de garde ou du camp de jour ne sera pas autorisé à le laisser partir, peu importe, le lien de parenté de cette personne. Le cas échéant, un avis écrit est nécessaire.

AUTORISATION POUR QUITTER LE CAMP DE JOUR SEUL

Veuillez indiquer les jours ou les dates où votre enfant pourra quitter le camp seul :

lundi mardi Mercredi jeudi vendredi

Je n'autorise en aucun cas mon enfant à quitter seul le camp de jour à la fin des activités

Signature du parent : _____

Date : _____



SAINT-PATRICE-DE-SHERRINGTON

300, rue Saint-Patrice

Sherrington (Québec) J0L 2N0

AUTORISATION PHOTOGRAPHIQUE

Nous vous demandons l'autorisation afin de prendre des photos de votre enfant lors de son séjour au camp de jour de la municipalité de Saint-Patrice-de-Sherrington.

Ces photos seront utilisées lors d'activités spéciales au camp de jour ou dans des publications officielles de la municipalité de Saint-Patrice-de-Sherrington.

Vous devez remplir la section qui correspond à votre choix :

Moi, _____, accepte que mon enfant, _____, soit pris en photo lors de son séjour au camp de jour, les photos étant strictement utilisées pour des activités ou des publications officielles.

Signature du parent : _____

Date : _____

Moi, _____, refuse que mon enfant, _____, soit pris en photo lors de son séjour au camp de jour, les photos étant strictement utilisées pour des activités ou des publications officielles.

Signature du parent : _____

Date : _____