MUNICIPALITÉ DE SAINT-PATRICE-DE-SHERRINGTON
236, rue Saint-Patrice
Sherrington, Québec, J0L 2N0
Courriel : reception@sherr.ca
tél. : 450-454-4959
Fax : 450-454-5677
www.st-patrice-sherrington.com

FORMULAIRE D'INSCRIPTION À LA JOURNÉE

INSCRIPTION 1 SEMAINE À L'AVANCE OBLIGATOIREMENT

RENSEIGNEMENTS SUR L'ENFANT

GARDE DE L'ENFANT Père et mère ☐ Mère ☐ Père ☐ Partagée ☐ Tuteur ☐

Nom :

Prénom :

Sexe M ☐ F ☐

Date de naissance : ____ - ____ - ____

Âge au 30-09-2026 :

Allergie, intolérance ou autres : Oui ☐ Non ☐

Spécifiez :

No ass.-maladie :

Expiration : ____ / ____

Autorisation à quitter seul Oui ☐ Non ☐

PARENTS OU TUTEUR

Nom du parent :

Prénom :

Adresse :

Courriel :

Téléphone : (____) ____ - ____

Même adresse ☐

Nom du parent :

Prénom :

Adresse :

Courriel :

Téléphone : (____) ____ - ____

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

Au nom de :

NAS :

Refus de fournir le NAS ☐

AUTORISATION PHOTOGRAPHIQUE

J'autorise la municipalité de Saint-Patrice-de-Sherrington à prendre et à diffuser des photos prises par elle ou ses partenaires lors des activités du camp de jour et sur lesquelles apparaissent mon/mes enfants.

Oui ☐ Non ☐ Initiales : ____

EN CAS D'URGENCE

Nom : Lien avec la famille :

Tél. : (____) ____ - ____ Parent ☐ Ami ☐ Autre ☐

Nom : Lien avec la famille :

Tél. : (____) ____ - ____ Parent ☐ Ami ☐ Autre ☐

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.

Oui ☐ Non ☐ Initiales : ____

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

DATES & FORFAITS 35 $/JOUR		LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION
SEMAINE 0 JOUR FÉRIÉ 24 JUILLET	24 juin au 26 juin 2026				☐	☐	
SEMAINE 1	29 juin au 3 juillet 2026	☐	☐	☐	☐	☐	$
SEMAINE 2	6 juillet au 10 juillet 2026	☐	☐	☐	☐	☐	$
SEMAINE 3	13 juillet au 17 juillet 2026	☐	☐	☐	☐	☐	$
SEMAINE 4	20 juillet au 24 juillet 2026	☐	☐	☐	☐	☐	$
SEMAINE 5	27 juillet au 31 juillet 2026	☐	☐	☐	☐	☐	$
SEMAINE 6	3 août au 7 août 2026	☐	☐	☐	☐	☐	$
SEMAINE 7	10 août au 14 août 2026	☐	☐	☐	☐	☐	$
SEMAINE 8	17 août au 21 août 2026	☐	☐	☐	☐	☐	$
SERVICE DE GARDE (INSCRIRE LE NOMBRE DE JOUR) 15 $/JOUR							$
TOTAL À PAYER (RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION)							$

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

PAIEMENT COMPLET

CHÈQUE ☐ **INSTITUTION ☐**

À l'inscription ____ **$** ____ - ____ **-2026**

CONSENTEMENT DES PARENTS

- J'ai pris connaissance du guide des parents ainsi que du guide des modalités relatives 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 (9 h à 16 h) et du service de garde (7 h à 9 h et 16 h à 17 h 30 du lundi au jeudi et 7 h à 9 h et 16 h à **17 h les vendredis**) ____ **(Initiale)**

Signature

Date