

**CAMP DE JOUR DE LA MUNICIPALITÉ DE SAINT-ÉPIPHANE**   
**FICHE D'INSCRIPTION**

**1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR L’ENFANT**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom de famille : | Prénom : |
| Date de naissance : **/ /** | Âge au 1er juin 2017 : |
| Adresse : | Dernière année d’études complétée : |
| Chandail : 🞎 Petit 🞎 Moyen 🞎 Grand 🞎 Très Grand | |

**2. PARENTS OU TUTEUR**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom du père : |  | | Nom de la mère : | |  |
| Occupation : |  | | Occupation : | |  |
| Adresse : |  | | Adresse : | |  |
| Téléphone : | (Rés.) | | Téléphone : | | (Rés.) |
| (Bur.) | | (Bur.) |
| (Cell.) | | (Cell.) |
| Courriel : |  | | Courriel : | |  |
| **GARDE de l’enfant**  Père et mère 🞎 Mère 🞎 Père 🞎 Partagée 🞎 Tuteur 🞎 | | | | | |
| **Pour émission du relevé 24** Nom du parent payeur : | |  | | NAS : |  |

**3. SERVICE DE GARDE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Votre enfant fréquentera-t-il le service de garde ?** Le matin (8 h à 9 h) : 🞎 Le soir (16 h à 17 h): 🞎 **Si OUI**, qui est autorisé à aller le chercher le soir (autre que l’un des deux parents)?\* | |
| Prénom : | Nom : |
| Lien avec l’enfant : | Mon enfant est AUTORISÉ à partir seul le soir. Oui 🞎 Non 🞎 |

\* Veuillez noter 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’unit 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.

**Il sera possible de prendre entente pour rallonger les heures du Service de garde moyennant un montant à déterminer.**

Veuillez retourner cette fiche accompagnée de la fiche santé de votre enfant et de votre paiement à : *Municipalité de Saint-Épiphane  
 280, rue Bernier, Saint-Épiphane (Québec) G0L 2X0*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature du parent ou tuteur Date de la signature

**MODALITÉS DE PAIEMENT**

Les frais d’inscription devront être payés à la **Municipalité de Saint-Épiphane** (Voir tableau ci-dessous).Votre enfant sera inscrit officiellement sur réception du présent formulaire rempli, accompagné du paiement. Nous acceptons¸ les chèques et l’argent comptant. La Municipalité de Saint-Épiphane facturera des frais **de 25 $** pour tout chèque sans provision.

**AUTORISATIONS DE PAIEMENT**  
*Veuillez encercler l’option qui vous convient.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Camp de jour  seulement  (9 h à 16 h) | Camp de jour et service de garde  (8 h à 17 h) | Camp de jour seulement, à la semaine |
| 1 enfant | 100 $ | 150 $ | 30 $ |
| 2 enfants | 150 $ | 215 $ | 50 $ |
| 3 enfants et plus | 180 $ | 270 $ | 70 $ |

Montant total : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ $ Mode de paiement : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**MODALITÉS DE REMBOURSEMENT**

Les frais d’inscription au Camp de jour seront remboursés en totalité pour une annulation de plus de deux semaines avant le début du Camp de jour. Des frais de 25 $ seront retenus pour une annulation de moins de deux semaines avant le début du Camp de jour. Aucun remboursement ne sera effectué lorsque le Camp de jour sera débuté.

Dans le cas où l’enfant ne peut plus participer aux activités du Camp de jour pour des raisons de santé (preuve médicale à l’appui), la Municipalité de Saint-Épiphane remboursera la totalité des frais d’inscription, moins les frais d’annulation de **25 $.** Toute demande de remboursement doit être faite par écrit à l’adresse courriel suivante : [loisirs@saint-epiphane.ca](mailto:loisirs@saint-epiphane.ca).

**ÂGE**

Le Camp de jour s’adresse aux enfants de 5 ans à 12 ans. Les enfants de 5 ans devront toutefois avoir complété le niveau maternel 5 ans.

**DURÉE**

Le Camp de jour 2017 aura lieu du lundi 26 juin au vendredi 18 août, soit huit semaines.

**LIEU DE RASSEMBLEMENT**

Le lieu de rassemblement sera à déterminer selon le sondage.

Salle communautaire Gérard-Bérubé de Saint-François-Xavier-de-Viger **OU**

Ancienne épicerie située à Saint-Épiphane

**Camp de jour de la Municipalité de Saint-Épiphane**  
**FICHE SANTÉ**

|  |
| --- |
| **Vous devez nous retourner la fiche santé avec votre formulaire d’inscription.** **S.V.P. remplir une fiche par enfant.** |

**4. EN CAS D’URGENCE**  
Numéro d’assurance maladie : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date d’expiration : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom de médecin traitant : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Personne à joindre en cas d’URGENCE : Père et mère 🞎 Mère 🞎 Père 🞎 Tuteur | |
| Deux autres personnes à joindre en cas d’URGENCE : | |
| Prénom et nom : | Prénom et nom : |
| Lien avec l’enfant : | Lien avec l’enfant : |
| Téléphone (rés.) : | Téléphone (rés.) : |
| Téléphone (autre) : | Téléphone (autre) : |

**5. ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Votre enfant a-t-il déjà subi une intervention chirurgicale ? | | | Oui 🞎 Non 🞎 |
| Si oui, Date : Raison : | | | |
| **Blessures graves** | | **Maladies chroniques ou récurrentes** | |
| Date : |  | Date : |  |
| Décrire : |  | Décrire : |  |
| A-t-il déjà eu les maladies suivantes ? | | Souffre-t-il des maux suivants ? | |
| Varicelle | Oui 🞎 Non 🞎 | Asthme | Oui 🞎 Non 🞎 |
| Oreillons | Oui 🞎 Non 🞎 | Diabète | Oui 🞎 Non 🞎 |
| Scarlatine | Oui 🞎 Non 🞎 | Épilepsie | Oui 🞎 Non 🞎 |
| Rougeole | Oui 🞎 Non 🞎 | Migraines | Oui 🞎 Non 🞎 |
| Autres, préciser : |  | Autres, préciser : |  |

**6. VACCINS ET ALLERGIES**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| A-t-il reçu les vaccins suivants ? | | Date | A-t-il des allergies ? | |
| Tétanos | Oui 🞎 Non 🞎 |  | Fièvre des foins | Oui 🞎 Non 🞎 |
| Rougeole | Oui 🞎 Non 🞎 |  | Herbe à puce | Oui 🞎 Non 🞎 |
| Rubéole | Oui 🞎 Non 🞎 |  | Piqûres d'insectes | Oui 🞎 Non 🞎 |
| Oreillons | Oui 🞎 Non 🞎 |  | Animaux\* | Oui 🞎 Non 🞎 |
| Polio | Oui 🞎 Non 🞎 |  | Médicaments\* | Oui 🞎 Non 🞎 |
| DcaT | Oui 🞎 Non 🞎 |  | Allergies alimentaires\* | Oui 🞎 Non 🞎 |
| Autres, préciser : |  |  | \*Préciser : |  |

|  |
| --- |
| 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 A UNE DOSE D'ADRÉNALINE** Par la présente, j'autorise les personnes désignées par la Municipalité de Saint-Épiphane à administrer, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline à mon enfant.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Signature du parent |

**7. MÉDICAMENTS**

|  |  |
| --- | --- |
| Votre enfant prend-il des médicaments ? | Oui 🞎 Non 🞎 |
| Si oui, noms des médicaments : | Posologie : |
| Les prend-il lui-même ? Oui 🞎 Non 🞎 | Préciser : |

**Si votre enfant doit prendre des médicaments**, vous devrez, à votre arrivée au Camp de  
jour, remplir un formulaire d’autorisation de prise de médicament afin que les  
responsables puissent distribuer le médicament prescrit à votre enfant.

**8. AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES (UTILISEZ LES ÉNONCÉS APPLICABLES À VOTRE** **SITUATION)**

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

|  |  |
| --- | --- |
| Votre enfant a-t-il besoin de surveillance constante dans l'eau ? | Oui 🞎 Non 🞎 |
| Préciser : |  |
| Votre enfant a-t-il besoin d’une veste de flottaison ? | Oui 🞎 Non 🞎 |
| Votre enfant présente-il des problèmes de comportement ? | Oui 🞎 Non 🞎 |
| Si oui, décrire : | |
| Votre enfant mange-t-il normalement ? | Oui 🞎 Non 🞎 |
| Si non, décrire : | |
| Votre enfant porte-t-il des prothèses ? | Oui 🞎 Non 🞎 |
| Si oui, décrire : | |
| Y a-t-il des activités auxquelles votre enfant ne peut pas participer ou seulement moyennant certaines conditions ? | Oui 🞎 Non 🞎 |
| Si oui, expliquer : | |

|  |
| --- |
| **Veuillez 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.** |

**9. AUTORISATION DES PARENTS**

Étant donné que la Municipalité de Saint-Épiphane prendra des **photos et/ou des**  
**vidéos** 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 de la Municipalité de Saint-Épiphane**. Je comprends également que ni moi ni mon enfant ne pouvons, en aucune façon, être rémunérés pour cette publicité.

Si des **modifications** concernant **l’état de santé** de mon enfant survenaient avant  
le début ou pendant la période du 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 la Municipalité de Saint-Épiphane à **prodiguer les premiers soins** à mon enfant. Si la direction du Camp de jour de la Municipalité de Saint-Épiphane 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 la Municipalité de Saint-Épiphane et à venir **la rencontrer si le comportement** de mon enfant nuit au **bon déroulement des activités**.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_  
Signature du parent ou tuteur Date