



FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Remplir une fiche par enfant

IDENTIFICATION DE L'ENFANT

Prénom :

Sexe :

Fille

Garçon

Nom :

Date de naissance :

N° d'ass. maladie :

RESPONSABLE (S)

Prénom :

Prénom :

Nom :

Nom :

Tél. résidentiel :

Tél. résidentiel :

Tél. bureau :

Tél. bureau :

Tél. cellulaire :

Tél. cellulaire :

Adresse du domicile :

Adresse du domicile :

Courriel :

Courriel :

N.A.S. (relevé 24) :

N.A.S. (relevé 24) :

PERSONNES À JOINDRE EN CAS D'URGENCE

Prénom :

Prénom :

Nom :

Nom :

Lien avec l'enfant :

Lien avec l'enfant :

Tél. résidentiel :

Tél. résidentiel :

Tél. bureau :

Tél. bureau :

Tél. cellulaire :

Tél. cellulaire :

CHOIX DE SEMAINE

Semaine du 28 juin au 2 juillet

Semaine du 26 juillet au 30 juillet

Semaine du 5 juillet au 9 juillet

Semaine du 2 août au 6 août

Semaine du 12 juillet au 16 juillet

Semaine du 9 août au 13 août

Semaine du 19 juillet au 23 juillet

Semaine du 16 août au 20 août

TARIF (service de garde inclus)

Tarif par semaine :

1 enfant : 115 \$ 2 enfants : 220 \$ 3 enfants : 315 \$

Non-résidents : 10 \$ de plus par semaine, par enfant.

Vous devez obligatoirement insérer une photo de l'enfant dans le coin supérieur gauche de la première page du document pour finaliser le dépôt d'une demande d'inscription.



FICHE SANTÉ

Votre enfant a-t-il des problèmes de santé et/ou comportementaux ? Oui Non

Précisez : Précisez

ALLERGIES, INTOLÉRANCES, RESTRICTIONS ALIMENTAIRES

Allergies et/ou intolérances ? Oui Non

Précisez : Précisez

Signes ou symptômes à surveiller : Précisez

Auto-injecteur d'Épinéphrine (Épipen, Twinject ou autre) Précisez

Personnes autorisées à l'administrer : L'enfant : Employé :

Restrictions alimentaires (autre que des allergies) ? Oui Non

Précisez : Précisez

MÉDICATION

Pour être conforme à la loi et nous permettre d'administrer la médication, vous devez joindre une copie de la prescription de médicament avec ce formulaire.

Votre enfant doit-il prendre des médicaments au camp ? Oui Non

Acceptation ou refus d'autorisation concernant l'administration de tous ces types de médicaments sans ordonnance (en vente libre) :
Acétaminophène / Ibuprofène / Antiémétique / Antihistaminique / Anti-inflammatoire /
Sirop contre la toux / Antibiotique en crème

Oui Non

CAPACITÉS AQUATIQUES

Est-ce que votre enfant sait nager ? Oui Non

AUTORISATION DU RESPONSABLE	
	INITIALES DU RESPONSABLE
Si des modifications concernant l'état de santé de mon enfant survenaient avant le début ou avant la fin du camp de jour, je m'engage à transmettre l'information à la direction du camp de jour, qui fera le suivi approprié avec l'animateur de mon enfant.	Entrez vos initiales.
J'autorise les personnes désignées par le camp de jour de la Municipalité de Chertsey à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Si la direction du camp de jour le juge nécessaire, j'autorise également le transport de mon enfant par ambulance, ou via un autre moyen de transport, vers un établissement hospitalier ou de santé communautaire.	Entrez vos initiales.
Je m'engage à collaborer avec la direction du camp de jour de la Municipalité de Chertsey et à venir à leur rencontre si le comportement de mon enfant nuit au bon déroulement des activités.	Entrez vos initiales.
En apposant mes initiales, j'autorise le personnel à prendre des photos de mon enfant.	Entrez vos initiales.
Prenez note que nous nous permettons d'exclure systématiquement votre enfant s'il présente des symptômes liés à la COVID-19 et d'agir selon les règles sanitaires en vigueur.	Entrez vos initiales.
Le risque de contagion 0 n'existe pas malgré toutes les mesures mises en place par la Municipalité et le camp. Ceux-ci ne pourront donc pas être tenus responsables en cas de transmission.	Entrez vos initiales.
Nom du responsable (lettres moulées)	Entrez votre nom en lettre moulées

Date de la signature :

Signature du responsable