

FICHE D'INSCRIPTION

Camp de jour été 2025

1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR L'ENFANT

Nom de famille :		Sexe :	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Prénom :		Date de naissance :	(Année/mois/jour) ____ / ____ / ____
Adresse :		Âge de l'enfant au 1er juillet 2025:	
Code postal :			

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 <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Partagée <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/>			
Numéro d'assurance sociale du payeur (obligatoire)			

3. SERVICE DE GARDE

Personne autorisée à venir chercher l'enfant

Nom :	Prénom :
Lien avec l'enfant :	Mon enfant est AUTORISÉ à partir <u>seul</u> le soir. Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Veillez 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 avec 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

FICHE SANTÉ

Camp de jour été 2025

1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR L'ENFANT

Nom de l'enfant :		Sexe :	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Prénom :		Âge de l'enfant au 1er juillet 2025	
Adresse :		Date de naissance :	(Année/mois/jour) ____ / __ / __
Code postal :		N° d'assurance-maladie (enfant) :	
Nom du médecin traitant :		Date d'expiration :	
Téléphone du médecin :		Clinique ou hôpital :	

2. RÉPONDANT(S) DE L'ENFANT

Prénom et nom du PÈRE :	Prénom et nom de la MÈRE :
Téléphone (travail) : Poste :	Téléphone (travail) : Poste :
Cellulaire ou autre numéro :	Cellulaire ou autre numéro :

3. EN CAS D'URGENCE

Personne à joindre en cas d'URGENCE :	
Père et mère <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/>	
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) :

4. ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Votre enfant a-t-il déjà subi une intervention chirurgicale?		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Asthme	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Oreillons	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Diabète	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Scarlatine	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Épilepsie	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Rougeole	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Migraines	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Autres, préciser :		Autres, préciser :	

5. VACCINS ET ALLERGIES

A-t-il reçu les vaccins suivants?		Date :	A-t-il des allergies?	
Tétanos	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Fièvre des foins	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Rougeole	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Herbe à puce	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Rubéole	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Piqûres d'insectes*	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Oreillons	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Animaux*	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Polio	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Médicaments*	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
DcaT	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Allergies alimentaires*	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
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 l'École de l'Excellence dans le cadre du camp de jour, à administrer, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline _____ à mon enfant.

Signature du parent

6. MÉDICAMENTS

Votre enfant prend-il des médicaments?		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, noms des médicaments :		Posologie :
Les prend-il lui-même? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Préciser :

7. AUTORISATION DES PARENTS

- 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 l'École de l'Excellence à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Si la direction du camp de jour de l'École de l'Excellence le juge nécessaire, je l'autorise également à transporter mon enfant à mes frais par ambulance ou autrement dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire.

Nom du parent ou tuteur

Signature du parent ou tuteur

Date de la signature:

MODALITÉS DE REMBOURSEMENT

Les frais d'inscription au camp de jour seront remboursés en totalité moins des frais d'annulation de 75 \$ dans le cas d'une annulation plus d'une semaine avant le début du camp de jour. Les frais ne seront pas remboursés dans le cas d'une annulation à moins d'une semaine avant le début du camp de jour, ni pour les journées de camp manquées.

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), l'école remboursera la totalité des frais d'inscription, moins les frais d'annulation de 75 \$.

AUTORISATION ET ENGAGEMENTS DES PARENTS

- Étant donné que le camp de jour de l'École de l'Excellence 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. Tout le matériel utilisé demeurera la propriété du camp de jour de l'École de l'Excellence.
- Je m'engage à collaborer avec la direction du camp de jour de l'École de l'Excellence et à venir la rencontrer si le comportement de mon enfant nuit au bon déroulement des activités.

Nom du parent ou tuteur

Signature du parent ou tuteur

Date de la signature