

Renseignements personnels (enfant)

Prénom : _____ Nom : _____ Sexe : masculin féminin
Date de naissance : _____ Niveau scolaire en sept. 2023 : _____
Adresse principale : _____
Tél. maison : _____ Frère et/ou sœur inscrit au camp de jour : oui non

Premier répondant

Mère Père Tuteur Famille d'accueil

L'enfant habite avec ce parent : à temps plein en garde partager

Prénom : _____ Nom : _____ Date de naissance : _____

Adresse (si différente de l'enfant): _____

Tél. maison : _____ Cellulaire : _____

Tel. Travail : _____ Courriel : _____

Je désire recevoir les communications par courriel : oui non

Je désire recevoir les communications par appels automatisés : oui non

Deuxième répondant

Mère Père Tuteur Famille d'accueil

L'enfant habite avec ce parent : à temps plein en garde partager Non

Prénom : _____ Nom : _____ Date de naissance : _____

Adresse (si différente de l'enfant): _____

Tél. maison : _____ Cellulaire : _____

Tél. Travail : _____ Courriel : _____

Je désire recevoir les communications par courriel : oui non

Je désire recevoir les communications par appels automatisés : oui non

Confirmation d'inscription

Je confirme l'inscription de mon enfant : _____

Signature d'un parent ou du tuteur : _____ Date : _____

Camp de jour

MUNICIPALITÉ DE WICKHAM

Camp de jour - été 2023 Formulaire de paiement

UN FORMULAIRE PAR FAMILLE

****Veuillez cocher vos choix et compléter les cases****

Prénom et nom :

1^{er} enfant : _____

2^e enfant : _____

3^e enfant : _____

			Enfant (résident Wickham)			Enfant (non-résident)		
			1 ^{er}	2 ^e	3 ^e	1 ^{er}	2 ^e	3 ^e
Camp de jour 8 h à 16 h	Temps plein	<input type="checkbox"/> 26 juin au 18 août (8 semaines)	600 \$ <input type="checkbox"/>	510 \$ <input type="checkbox"/>	480 \$ <input type="checkbox"/>	680 \$ <input type="checkbox"/>	680 \$ <input type="checkbox"/>	680 \$ <input type="checkbox"/>
	Temps plein	<input type="checkbox"/> 17 juillet au 18 août (les 5 dernières semaines)	375 \$ <input type="checkbox"/>	320 \$ <input type="checkbox"/>	300 \$ <input type="checkbox"/>	425 \$ <input type="checkbox"/>	425 \$ <input type="checkbox"/>	425 \$ <input type="checkbox"/>
	Tarif à la semaine	<input type="checkbox"/> 26 au 29 juin	115\$ <input type="checkbox"/>	115\$ <input type="checkbox"/>	115\$ <input type="checkbox"/>	125 \$ <input type="checkbox"/>	125 \$ <input type="checkbox"/>	125 \$ <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> 3 au 7 juillet	115\$ <input type="checkbox"/>	115\$ <input type="checkbox"/>	115\$ <input type="checkbox"/>	125 \$ <input type="checkbox"/>	125 \$ <input type="checkbox"/>	125 \$ <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> 10 au 14 juillet	115\$ <input type="checkbox"/>	115\$ <input type="checkbox"/>	115\$ <input type="checkbox"/>	125 \$ <input type="checkbox"/>	125 \$ <input type="checkbox"/>	125 \$ <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> 17 au 21 juillet	115\$ <input type="checkbox"/>	115\$ <input type="checkbox"/>	115\$ <input type="checkbox"/>	125 \$ <input type="checkbox"/>	125 \$ <input type="checkbox"/>	125 \$ <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> 24 au 28 juillet	115\$ <input type="checkbox"/>	115\$ <input type="checkbox"/>	115\$ <input type="checkbox"/>	125 \$ <input type="checkbox"/>	125 \$ <input type="checkbox"/>	125 \$ <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> 31 juillet au 4 août	115\$ <input type="checkbox"/>	115\$ <input type="checkbox"/>	115\$ <input type="checkbox"/>	125 \$ <input type="checkbox"/>	125 \$ <input type="checkbox"/>	125 \$ <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> 7 au 11 août	115\$ <input type="checkbox"/>	115\$ <input type="checkbox"/>	115\$ <input type="checkbox"/>	125 \$ <input type="checkbox"/>	125 \$ <input type="checkbox"/>	125 \$ <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 14 au 18 août	115\$ <input type="checkbox"/>	115\$ <input type="checkbox"/>	115\$ <input type="checkbox"/>	125 \$ <input type="checkbox"/>	125 \$ <input type="checkbox"/>	125 \$ <input type="checkbox"/>		
		Sous-total						
Service de garde 7h à 8 h	Tarif à la semaine	<input type="checkbox"/> 26 au 29 juin	10 \$ <input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/> 3 au 7 juillet	10 \$ <input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/> 10 au 14 juillet	10 \$ <input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/> 17 au 21 juillet	10 \$ <input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/> 24 au 28 juillet	10 \$ <input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/> 31 juillet au 4 août	10 \$ <input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/> 7 au 11 août	10 \$ <input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/> 14 au 18 août	10 \$ <input type="checkbox"/>					
		Sous-total						
Service de garde 16 h à 17 h	Tarif à la semaine	<input type="checkbox"/> 26 au 29 juin	10 \$ <input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/> 3 au 7 juillet	10 \$ <input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/> 10 au 14 juillet	10 \$ <input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/> 17 au 21 juillet	10 \$ <input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/> 24 au 28 juillet	10 \$ <input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/> 31 juillet au 4 août	10 \$ <input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/> 7 au 11 août	10 \$ <input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/> 14 au 18 août	10 \$ <input type="checkbox"/>					
		Sous-total						
		Total par enfant						
		Total à payer						

Relevé 24 – premier payeur

Prénom : _____

Nom : _____

Adresse : _____

No. assurance sociale : _____

Nombre de semaine : _____

Relevé 24 – deuxième payeur

Prénom : _____

Nom : _____

Adresse : _____

No. assurance sociale : _____

Nombre de semaine : _____

Formulaire d'information

UN FORMULAIRE PAR ENFANT À REMETTRE - ÉCRIRE LISIBLEMENT SVP

Vous devez nous retourner la fiche d'informations en même temps que le formulaire d'inscription

1. Renseignements généraux sur l'enfant

Prénom		Nom	
Adresse principale			
N° d'assurance-maladie		Date d'expiration	
Nom du médecin		Téléphone de la clinique	
N° Carte Accès-loisir		Date d'expiration	

2. En cas d'urgence

Première(s) personne(s) à joindre en cas d'URGENCE :	
Père et mère <input type="checkbox"/>	Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Autre <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) :

3. 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, précisez		Autres, précisez	

4. 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"/>		Rhume 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, précisez :			*Précisez :	

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 le camp de jour de la Municipalité de Wickham à administrer, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline _____ à mon enfant.

Signature du parent

5. 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 :

Si votre enfant doit prendre des médicaments, vous devrez à votre arrivée au camp de jour, remettre la bouteille de PRESCRIPTION au responsable. La bouteille doit être identifiée au nom de l'enfant et indiquer la posologie applicable. Vous devez remplir le formulaire d'autorisation de prise de médicament, remis sur demande par la coordonnatrice, afin que les responsables puissent distribuer le médicament prescrit à votre enfant.

6. Médicaments en vente libre

J'autorise le personnel du camp de jour de la Municipalité de Wickham à administrer à mon enfant, si nécessaire, un ou plusieurs médicaments sans ordonnance en vente libre **fourni par le parent**.

Cocher les médicaments pouvant être administrés si fournis par le parent :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Acétaminophène (Tylenol, Tempra) | <input type="checkbox"/> Sirop contre la toux |
| <input type="checkbox"/> Antiémétique (Gravol) | <input type="checkbox"/> Antibiotique en crème (Polysporin) |
| <input type="checkbox"/> Antihistaminique (Benadryl, Reactine) | <input type="checkbox"/> Autre, préciser : _____ |
| <input type="checkbox"/> Anti-inflammatoire (Advil) | |

Signature de la mère ou du père : _____ Date : _____

Veillez 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 la coordonnatrice afin de permettre un meilleur encadrement ainsi qu'une intervention plus efficace en cas d'urgence.

7. Autres informations pertinentes

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

Votre enfant présente-t-il des problèmes de comportement? (timidité, impulsivité, déficit d'attention, trouble opposition, trouble d'anxiété, violence, etc.)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, décrire :	
Votre enfant est-il suivi par un professionnel de la santé? (psychoéducateur, travailleur social, psychologue, ergothérapeute, orthophoniste, etc.)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Votre enfant mange-t-il normalement?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Sinon, décrire :	
Votre enfant porte-t-il des prothèses?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, décrire :	
Y a-t-il des activités auxquelles votre enfant ne peut pas participer ou seulement moyennant certaines conditions?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, expliquer :	
Fille : A-t-elle commencé à être menstruée? Oui <input type="checkbox"/> Non, et elle n'est pas renseignée <input type="checkbox"/> Non, mais elle est renseignée <input type="checkbox"/>	

8. Procédure de début de journée (veuillez cocher la case appropriée)

<input type="checkbox"/>	Mon enfant arrivera au service de garde entre 7 h et 7 h 30
<input type="checkbox"/>	Mon enfant arrivera au service de garde entre 7 h 30 et 8 h
<input type="checkbox"/>	Mon enfant n'est pas inscrit au service de garde et arrivera à 8 h

9. Procédure de fin de journée (veuillez cocher la case appropriée)

<input type="checkbox"/>	Mon enfant quittera seul à vélo ou à pied à 16 h
<input type="checkbox"/>	Mon enfant quittera avec une personne autorisée à 16 h
<input type="checkbox"/>	Mon enfant est inscrit au service de garde et quittera entre 16 h et 16 h 30
<input type="checkbox"/>	Mon enfant est inscrit au service de garde et quittera entre 16 h 30 et 17 h

Nom des personnes autorisées à venir chercher l'enfant autre que l'un des deux parents :

Nom : _____ Téléphone : _____ Lien : _____

Nom : _____ Téléphone : _____ Lien : _____

* Veuillez noter que si ce n'est pas une personne autorisée qui se présente pour venir 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 8 du présent formulaire à venir chercher votre enfant, vous devez transmettre au préalable au service de garde un avis écrit précisant le nom de cette personne.

10. Autorisation des parents

- Étant donné que le camp de jour de la Municipalité de Wickham 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 du camp de jour de la Municipalité de Wickham.
- 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 Wickham à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Si la direction 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 coordonnatrice du camp de jour et à venir la rencontrer si le comportement de mon enfant nuit au bon déroulement des activités.
- En signant la présente, j'autorise mon enfant à se déplacer à pied, en présence des animateurs du camp de jour, sur le territoire de la municipalité.

Nom et prénom du parent ou du tuteur en lettres moulées

Signature du parent ou du tuteur

_____/_____/_____
Jour Mois année

