



FORMULAIRE D'INSCRIPTION 2021
CAMP DE JOUR (5 À 11 ANS)

SEULS LES DOCUMENTS COMPLÉTÉS SERONT ACCEPTÉS POUR FIN D'INSCRIPTION.

1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR L'ENFANT

ENFANT #1			
Nom :		Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
Prénom :		Date de naissance :	/ /
Adresse :		Âge AU 30 SEPTEMBRE :	
		1 ^{er} enfant	250 \$ (4 sem.) 350 \$ (7 sem.)
Code postal :			
Mon enfant est AUTORISÉ à partir <u>seul</u> à 16 h. Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Votre enfant fréquentera-t-il le service de garde ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
ENFANT #2			
Nom :		Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
Prénom :		Date de naissance :	/ /
Adresse :		Âge AU 30 SEPTEMBRE :	
		2 ^e enfant	200 \$ (4 sem.) 275 \$ (7 sem.)
Code postal :			
Mon enfant est AUTORISÉ à partir <u>seul</u> à 16 h. Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Votre enfant fréquentera-t-il le service de garde ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
ENFANT #3			
Nom :		Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
Prénom :		Date de naissance :	/ /
Adresse :		Âge AU 30 SEPTEMBRE :	
		3 ^e enfant	150 \$ (4 sem.) 215 \$ (7 sem.)

Code postal :		
Mon enfant est AUTORISÉ à partir <u>seul</u> à 16 h. Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Votre enfant fréquentera-t-il le service de garde ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
ENFANT #4		
Nom :		Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Prénom :		Date de naissance : / /
Adresse :		Âge :
		4^e enfant
		65 \$
Code postal :		
Mon enfant est AUTORISÉ à partir <u>seul</u> à 16 h. Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Votre enfant fréquentera-t-il le service de garde ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

2. CAMP DE JOUR DU 28 JUIN AU 13 AOÛT – DU LUNDI AU VENDREDI, DE 8 H 30 À 16 H

Mon / mes enfants sera / seront présent (s) au camp de jour			
4 semaines		7 semaines	
1 ^{er} : 250 \$	<input type="checkbox"/>	1 ^{er} : 350 \$	<input type="checkbox"/>
2 ^e : 200 \$	<input type="checkbox"/>	2 ^e : 275 \$	<input type="checkbox"/>
3 ^e : 150 \$	<input type="checkbox"/>	3 ^e : 215 \$	<input type="checkbox"/>
4 ^e et plus : 65 \$	<input type="checkbox"/>	4 ^e et plus : 65 \$	<input type="checkbox"/>

Si 4 semaines, quelles sont les semaines choisies ?			
Cochez		Cochez	
<input type="checkbox"/>	1) 28 juin au 2 juillet	<input type="checkbox"/>	5) 26 au 30 juillet
<input type="checkbox"/>	2) 5 au 9 juillet	<input type="checkbox"/>	6) 2 au 6 août
<input type="checkbox"/>	3) 12 au 16 juillet	<input type="checkbox"/>	7) 9 au 13 août
<input type="checkbox"/>	4) 19 au 23 juillet		

3. PARENTS OU TUTEUR (noms de ceux autorisés à venir chercher l'enfant)

Nom du père :		Nom de la mère :	
Prénom :		Prénom :	
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"/>
Autres personnes autorisées à venir chercher l'enfant* :		Coordonnées :		
Pour émission du relevé 24 (pour impôt) Nom du parent payeur :		Numéro d'assurance sociale pour un reçu d'impôt		

*Veuillez noter que si ce n'est pas une personne autorisée qui vient chercher votre enfant, le personnel du camp de jour 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 dans ce formulaire à venir chercher votre enfant, vous devez transmettre au préalable un avis écrit précisant le nom de cette personne à la coordonnatrice ou à l'aide-coordonnatrice du camp de jour.

5. SERVICE DE GARDE – DU LUNDI AU VENDREDI, DE 7 H 45 À 8 H 30 ET DE 16 H À 17 H

ATTENTION : SI VOUS N'ÊTES PAS INSCRITS AU SERVICE DE GARDE : après 16 h 15, des frais de 10 \$ vous seront facturés si votre enfant est encore sur les lieux du camp.

Nombre d'enfant (s) qui fréquentera (ont) le service de garde ? _____					
Mon / mes enfants sera / seront présent (s) au service de garde du camp de jour					
4 semaines		7 semaines			
1 ^{er} : 125 \$	<input type="checkbox"/>	1 ^{er} : 175 \$	<input type="checkbox"/>		
2 ^e : 85 \$	<input type="checkbox"/>	2 ^e : 130\$	<input type="checkbox"/>		
3 ^e : 60 \$	<input type="checkbox"/>	3 ^e : 95 \$	<input type="checkbox"/>		
4 ^e et plus : 30 \$	<input type="checkbox"/>	4 ^e et plus : 30 \$	<input type="checkbox"/>		
Les semaines choisies pour le service de garde sont :					
Cochez	Dates	Nbre enfant	Cochez	Dates	Nbre enfant
<input type="checkbox"/>	1) 28 juin au 2 juillet		<input type="checkbox"/>	5) 26 au 30 juillet	
<input type="checkbox"/>	2) 5 au 9 juillet		<input type="checkbox"/>	6) 2 au 6 août	
<input type="checkbox"/>	3) 12 au 16 juillet		<input type="checkbox"/>	7) 9 au 13 août	
<input type="checkbox"/>	4) 19 au 23 juillet				

***Frais de retard (après 17 h) : 1\$ / minute**

MESURES LIÉES AU CONTEXTE DE LA COVID-19

Quatre directives de la Direction de la Santé publique seront mises en place au camp de jour :

- Respecter la distanciation physique
- Privilégier les activités extérieures
- Limiter le partage de matériel
- Appliquer les mesures d'hygiène

Notez que les enfants devront rester avec leurs animateurs désignés pour toute la durée du camp.

IMPORTANT : Les enfants ayant des systèmes immunitaires affaiblis présentant des risques (maladies chroniques, asthme sévère, diabète, maladies cardiaques, pulmonaires et rénales, etc.) devront fournir une preuve médicale confirmant que leur enfant peut participer au camp de jour.

PROCÉDURES D'ARRIVÉE ET DE DÉPART

- Aucun parent ou tuteur ne sera autorisé à entrer dans les bâtiments ou sur le site. Un espace d'accueil à l'extérieur sera établi dans les deux écoles. Vous devrez vous identifier et répondre aux questions obligatoires. Les responsables de site s'occuperont de l'accueil et du départ des enfants. Ceux-ci seront reconduits à leur groupe respectif le matin et à leur parent le soir. Prévoyez un temps d'attente.
- Prenez note que si votre enfant ou un membre de la famille a des symptômes et/ou un diagnostic positif à la COVID-19 (fièvre, toux sèche, fatigue) vous devrez le garder à la maison ou si les symptômes se déclarent au camp, vous devrez venir chercher votre enfant.

MESURES DISCIPLINAIRES ACCRUES

- Si le participant met en danger les autres ou le personnel en ne respectant pas les règles (ex. cracher, ne pas respecter les distances, se sauver, etc.) ou s'il est violent de manière physique ou verbale, celui-ci pourra être interdit d'accès. Noter qu'aucun remboursement ne sera fait.

MATÉRIEL REQUIS

- Boîte à crayon (crayons de couleur, colle et ciseaux) ; lunch froid et collations ; gourde d'eau ; gilet de sauvetage (au besoin) ; crème solaire ; serviette et maillot de bain ; casquette ou chapeau (obligatoire) ; tapis ou coussin extérieur (obligatoire) ; souliers de course

Prenez note que les mesures gouvernementales pourraient changer durant la tenue du camp. Les informations présentées dans ce document pourraient donc être modifiées en cours de route. Vous en serez alors avisés.

Je confirme que j'ai lu les informations ci-dessus et que je m'engage à prendre connaissance des informations contenues dans le GUIDE POUR LES PARENTS 2021 avant la tenue du camp de jour.

Signature du parent ou du tuteur

Date

6. MODALITÉS DE PAIEMENT

Un chandail du Camp Gourou est inclus dans le prix. Les grandeurs offertes seront toutefois limitées.

Nous acceptons les chèques et la carte de crédit (remplir le formulaire à cet effet). **La Ville facturera des frais de 25 \$ pour tout chèque sans provision.**

7. AUTORISATION DE PAIEMENT

Nom du parent payeur ou tuteur _____

Total du camp de jour : _____ \$

Total du service de garde : _____ \$

Grand total : _____ \$

Crédit Les tarifs sont exonérés de taxes et un reçu
pour frais de garde (relevé 24) vous sera émis.

Chèque

Un paiement **ou** 1^{er} versement de _____ \$ Date : _____

Deuxième versement de _____ \$ Date : 3 juin 2021

Troisième versement de _____ \$ Date : 1^{er} juillet 2021

* Le 1^{er} versement du camp de jour, du service de garde est obligatoire lors de l'inscription.

* **Pour plus d'un versement, des chèques postdatés lors de l'inscription sont obligatoires.**

* 15 \$ sont exigés pour tout remboursement. Aucun remboursement possible après le début du camp de jour, sauf sur présentation d'une preuve médicale au prorata de la période à venir. Toute demande de remboursement doit être faite par écrit à l'adresse courriel suivante : reception@lacmasson.com

Nom du parent ou tuteur

Signature du parent ou tuteur

Date

AUTORISATION PARENTALE DE PRENDRE DES PHOTOS DE VOTRE/VOS ENFANTS

Chers parents,

Cet été, le camp de jour de la Ville de Sainte-Marguerite-du-Lac-Masson prévoit prendre différentes photos de votre / vos enfants. En référence à la loi protégeant la vie privée et en tant que représentants légaux de votre enfant mineur, le Camp Gourou doit vous demander une autorisation préalable à la prise de photographie.

Le Camp Gourou s'engage à prendre les photos prises que dans le cadre des activités spéciales et des sorties afin d'en faire la diffusion à l'intérieur des infrastructures du camp de jour et de la Ville. Les images seront utilisées sous le contrôle et la responsabilité du camp de jour de Sainte-Marguerite/Estérel.

Ainsi, nous vous demandons l'autorisation afin de photographier votre / vos enfants.

Je _____ agissant en tant que responsable légal, autorise mon / mes enfants, à apparaître sur les photographies prises lors des activités.

Je reconnais donner cette autorisation,

Fait à : _____ le _____ 2021

Signature du parent _____

AUTORISATION – ACTIVITÉ IMPLIQUANT DES ANIMAUX

Chers parents,

L'entreprise Éducazoo offrira des ateliers en présence d'animaux. Votre enfant sera probablement en contact avec des animaux. Conscient des allergies et des phobies possibles, nous demandons si vous autorisez votre enfant à participer à cette activité.

J'accepte que mon enfant participe à cette activité.

	Oui	Non
Nom de l'enfant : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nom de l'enfant : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nom de l'enfant : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nom de l'enfant : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FICHE SANTÉ

Vous devez joindre la fiche santé avec votre formulaire d'inscription.

S.V.P. remplir une fiche par enfant.

1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR L'ENFANT

Nom de l'enfant :		Sexe :	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Prénom :		Âge lors du séjour :	
Adresse :		Date de naissance :	
Code postal :		N° d'assurance-maladie (enfant) :	
Téléphone :		Date d'expiration :	

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 :	Téléphone :

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 foies	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 le camp de jour de la Ville de Sainte-Marguerite-du-Lac-Masson 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 :

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.

7. 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 <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Préciser :	
Votre enfant présente-t-il des problèmes de comportement ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, décrire :	
Votre enfant porte-t-il des prothèses ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, décrire :	

Veillez noter 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

- 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 Ville de Sainte-Marguerite-du-Lac-Masson à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Si la direction du Camp de jour de la Ville de Sainte-Marguerite-du-Lac-Masson 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 Ville de Sainte-Marguerite-du-Lac-Masson et à venir la rencontrer si le comportement de mon enfant nuit au bon déroulement des activités.

Nom et prénom du parent ou tuteur

Signature

____/____/_____
Date