



FICHE D'INSCRIPTION

1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR L'ENFANT

Nom de famille :		Sexe : M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	AUTRE <input type="checkbox"/>
Prénom :		Date de naissance :		
Adresse :		Âge au 30 septembre :		
		Dernière année d'études complétée :		
Code postal :				

2. PARENTS OU TUTEUR

Nom du parent 1 :		Nom du parent 2 :	
Occupation :		Occupation :	
Adresse :		Adresse :	
Téléphone :	(Rés.)	Téléphone :	(Rés.)
	(Bur.)		(Bur.)
	(Cell.)		(Cell.)
Courriel :		Courriel :	
GARDE de l'enfant			
Parent 1 et parent 2 <input type="checkbox"/>		Parent 1 <input type="checkbox"/>	Parent 2 <input type="checkbox"/>
		Partagée <input type="checkbox"/>	Tuteur <input type="checkbox"/>
Pour émission du relevé 24		NAS :	
Nom du parent payeur :			

3. PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT

(Ceci inclut le père et la mère de l'enfant à moins d'avis contraire sur ordre de la Cour)

Nom de la personne	Lien avec l'enfant	Numéro de téléphone
1.		()
2.		()
3.		()

Autorisez-vous l'enfant à quitter seul le camp de jour ?

OUI NON À quelle heure? _____

* 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.

4. FRÉQUENTATION

Cochez le type de fréquentation dont vous avez besoin :

Semaines	Service de garde (25 \$ par semaine)	Camp de jour
27 juin au 1 ^{er} juillet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 au 8 juillet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 au 15 juillet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 au 22 juillet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 au 12 août	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total (nombre de semaines) :		

	Dates précises
Journée ponctuelle à 20 \$ par jour	
Total (nombre de journée):	

Journée ponctuelle
 Semaine de service de garde (7h30 à 9h et 16h à 17h30)
Prix : 5 semaines
 4 semaines
 3 semaines
 Rabais enfant supplémentaire
 Frais de retard pour inscription après le 4 juin

Nombre	Tarif unitaire	Total
	20 \$	
	25 \$	
	205 \$	
	190 \$	
	170 \$	
	(25\$)	
	50 \$	
Total pour cet enfant:		
Autre enfant :		
Autre enfant :		
Grand total :		

Mode de paiement :

Chèque*	Argent	Interac	Compte municipalité
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Chèque au nom de Municipalité de Chesterville en date du jour de votre inscription

Date du paiement : _____

FICHE SANTÉ

**Vous devez nous retourner 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"/> AUTRE <input type="checkbox"/>
Prénom :		Âge lors du séjour :	
Adresse :		Date de naissance :	
Code postal :		Téléphone :	

2. RÉPONDANT(S) DE L'ENFANT

Prénom et nom du PARENT 1 :	Prénom et nom du PARENT 2 :
Téléphone (travail) :	Téléphone (travail) :
Poste :	Poste :
Cellulaire ou autre numéro :	Cellulaire ou autre numéro :

3. EN CAS D'URGENCE

Personne à joindre en cas d'URGENCE :	
Parent 1 et Parent 2 <input type="checkbox"/>	Parent 1 <input type="checkbox"/> Parent 2 <input type="checkbox"/> Tuteur(s) <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. CONDITIONS ET ALLERGIES

Souffre-t-il des maux suivants?		A-t-il des allergies?	
Asthme	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Fièvre des foins	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Diabète	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Herbe à puce	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Épilepsie	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Piqûres d'insectes*	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Migraines	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Animaux*	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Autres, préciser :		Médicaments*	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
		Allergies alimentaires*	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
		*Préciser :	

Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Epipen) 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 Chesterville 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, remplir un formulaire d'autorisation de prise de médicament afin que les responsables puissent distribuer le médicament prescrit à votre enfant.

6. ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ET VACCINS

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?		A-t-il reçu les vaccins suivants?	
Varicelle	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Tétanos	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Oreillons	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Rougeole	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Scarlatine	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Rubéole	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Rougeole	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oreillons	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Autres, préciser :		Polio	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
		Autres, préciser :	

7. AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES

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

Votre enfant a-t-il un suivi particulier pendant l'année (médecin spécialiste, CLSC, CIUSS, technicien(ne) en éducation spécialisée, psychoéducateur(trice), travailleur(se) social(e), etc.)?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, préciser :	
Votre enfant mange-t-il normalement?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si non, 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 :

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 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 le Camp de jour de Chesterville 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 Chesterville
 - OUI
 - NON
- 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.
 - OUI
 - NON
- J'autorise le Camp de jour de la Municipalité de Chesterville à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Si la direction du Camp de jour de la Municipalité de Chesterville le juge nécessaire, je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire.
 - OUI
 - NON
- Je m'engage à collaborer avec la direction du Camp de jour de la Municipalité de Chesterville et à venir la rencontrer si le comportement de mon enfant nuit au bon déroulement des activités.
 - OUI
 - NON

Nom et prénom du parent ou tuteur

Signature du parent ou tuteur

Date



Politique de remboursement aux activités de loisirs

Voici les différentes possibilités d'annulations ou de remboursements d'une activité de loisirs offertes par la municipalité de Chesterville et leurs procédures à appliquer.

1. Si une activité est annulée par la municipalité de Chesterville, celle-ci s'engage à accorder aux citoyens un remboursement complet.
2. Si un participant abandonne une activité avant la fin de la période d'inscription, le montant de l'inscription moins 15% en frais d'administration lui sera remboursé.
3. Si un participant abandonne une activité après la période d'inscription, mais avant le début de celle-ci, seulement 20 % du montant de l'inscription lui sera remboursé étant donné que son inscription a été prise en compte dans l'organisation de l'activité (achat du matériel, engagement de ressources humaines, administration, etc.).
4. Si un participant abandonne l'activité après le début de celle-ci, aucun remboursement ne sera accordé sauf exception spécifiée au point 5 de ce document.
5. Si l'abandon résulte d'une raison majeure, telle qu'une maladie ou une blessure, un remboursement pourra être accordé au prorata du nombre de jours d'activités utilisés et sur présentation des pièces justificatives. Des frais d'administration de 15 % du coût de l'activité seront retenus.
6. Si un participant du camp de jour est suspendu temporairement pour des raisons disciplinaires, ces journées ne seront pas remboursables. Le nombre maximum de jours de suspension est fixé à 6 jours.
7. Si un participant du camp de jour est renvoyé définitivement pour des raisons disciplinaires pour donner suite à des avis verbaux, écrit et des suspensions, un remboursement pourra être accordé au prorata du nombre de jours d'activités utilisés. Des frais d'administration de 15 % du coût de l'activité seront retenus.
8. Il est possible de transférer de journée ou de semaine d'activité si la demande est faite par écrit, et ce, 6 jours ouvrables avant le début de l'activité. Si le délai est respecté, le transfert sera possible uniquement si le nombre de places disponibles le permet. Aucune demande de transfert ne sera acceptée si une demande est adressée 5 jours ouvrables ou moins avant le début de l'activité. Des frais d'administration de 15 % du montant payé seront demandés aux participants qui transfère des jours ou des semaines à plus de deux reprises.
9. Aucune demande de remboursement ne sera acceptée après la fin d'une activité.