

 FICHE D'INSCRIPTION 2025

1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR L’ENFANT

🞏 Premier enfant 🞏 2e enfant 🞏 3e enfant

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom de famille : |  | Sexe : M 🞎 F 🞎 |
| Prénom : |  | Date de naissance :  |  **/ /** |
| Adresse : |  |  Âge : |  |
| **# Assurance maladie :** |

1. **PARENTS OU TUTEUR**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom du père : |  | Nom de la mère : |  |
| Adresse : |  | Adresse : |  |
| Téléphone : | (Rés.) | Téléphone : | (Rés.) |
|  | (Cell.) |  | (Cell.) |
| Courriel : |  | Courriel : |  |
| **GARDE de l’enfant**Père et mère 🞎 Mère 🞎 Père 🞎 Partagée 🞎 Tuteur 🞎 |
| **Pour émission du relevé 24 (impôt)**Nom du parent payeur :  |  | NAS : |  |

1. **AUTORISATION**

 Qui est autorisé à aller chercher votre enfant ? (autre que l’un des deux parents)

|  |  |
| --- | --- |
| Prénom : | Nom : |
| Lien avec l’enfant : | Mon enfant est AUTORISÉ à partir seul le soir.Oui 🞎 Non 🞎 |

**4. CHOIX DE SEMAINE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Cochez** | **Dates** | **Cochez** | **Dates** |
| 🞎 | **➀** 23 juin au 27 juin  | 🞎 | **➄** 21 juillet au 25 juillet |
| 🞎 | **➁** 30 juin au 4 juillet  | 🞎 | **➅** 28 juillet au 1 août |
| 🞎 | **➂** 7 juillet au 11 juillet  | 🞎 | **➆** 4 août au 8 août |
| 🞎 | **➃** 14 juillet au 18 juillet  | 🞎 | **➇** 11 août au 15 août |

Veuillez retourner l’inscription (une par enfant) accompagnée de la **fiche santé** (une par enfant) et votre paiement à :

**Municipalité de Saint-Edmond-les-Plaines**

561, rue Principale

Saint-Edmond-les-Plaines (Québec) G0W 2M0

**TARIFICATION**

 $ 70 / semaine par enfant

 $ 60/ semaine par enfant additionnel de la même famille

 $ 80/ enfant non-résident / semaine

 $ 70/ semaine par enfant additionnel de la même famille non-résidente

**Une pénalité de 5 $ par tranche de 15 minutes sera facturée aux parents qui arriveront après la fermeture du camp de jour**.

**MODALITÉS DE PAIEMENT**

Les frais du camp de jour devront être payés à la municipalité de Saint-Edmond-les-Plaines. Votre enfant sera inscrit officiellement sur réception du présent formulaire rempli, accompagné de la fiche santé et du paiement. Nous acceptons les chèques, l’argent comptant et les virements bancaires. La municipalité facturera des frais de 45 $ pour tout chèque sans provision.

J’ai pris connaissance du document **Guide du parent 2025** et je m’engage à m’y conformer.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Nom du parent ou tuteur

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Signature du parent ou tuteur Date





AUTORISATION DE TRANSPORT

J’autorise mon enfant \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ à prendre le transport fourni par la Municipalité de Saint-Edmond-les-Plaines dans le cadre du camp de jour estival 2025.

**Signature du représentant légal** : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_





 FICHE SANTÉ 2025

**1. EN CAS D’URGENCE**

|  |
| --- |
| Personne à joindre en cas d’URGENCE :Père et mère 🞎 Mère 🞎 Père 🞎 Tuteur 🞎  |
| **Deux autres personnes à joindre en cas d’URGENCE :** |
| Prénom/nom : | Prénom/nom : |
| Lien avec l’enfant : | Lien avec l’enfant : |
| Téléphone (rés.) : | Téléphone (rés.) : |
| Téléphone (autre) : | Téléphone (autre) : |

**2. ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX**

|  |  |
| --- | --- |
| Votre enfant a-t-il déjà subi une intervention chirurgicale ? | Oui 🞎 Non 🞎 |
| Si oui, Date : Raison :  |
| Souffre-t-il d’une maladie chronique ou des maux suivants ? |
| Asthme | Oui 🞎 Non 🞎 |
| Diabète | Oui 🞎 Non 🞎 |
| Épilepsie | Oui 🞎 Non 🞎 |
| Migraines | Oui 🞎 Non 🞎 |
| Autres : |  |

**3. ALLERGIES**

|  |  |
| --- | --- |
| A-t-il des allergies ? | Oui 🞎 Non 🞎 |
| Si oui, 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 municipalité de Saint-Edmond-les-Plaines à administrer, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline à mon enfant. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Signature du parent Date  |
|  |

# 4. MÉDICAMENTS

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Votre enfant prend-il des médicaments ? Oui 🞎 Non 🞎

**\*SI OUI, VOUS DEVEZ COMPLÉTER LE FORMULAIRE D’AUTORISATION DE PRISE DE MÉDICAMENTS.**



*Veuillez 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.*

**5. AUTORISATION DES PARENTS**

* Étant donné que le Camp de jour de la municipalité de Saint-Edmond-les-Plaines 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 Saint-Edmond-les-Plaines. 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.
* En signant la présente, j’autorise le Camp de jour de la municipalité de Saint-Edmond-les-Plaines à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Si la direction du Camp de jour 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 Municipalité de Saint-Edmond-les-Plaines 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 du parent ou tuteur Date



 ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS

1.RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR L’ENFANT

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Prénom : |  | Nom de famille : |  |
| Date de naissance : JJ/MM/AAAA |  **/ /** |

**2. INFORMATIONS SUR LA MÉDICATION**

 Nous vous demandons de nous fournir la prescription et les médicaments dans le contenant remis par le pharmacien.

 Médicament 1

|  |  |
| --- | --- |
| Nom du médicament : | Posologie : |
| Fréquence et heure de la prise du médicament : |
| Le prend-il lui-même ? Oui 🞎 Non 🞎 |

 Médicament 2 (si applicable)

|  |  |
| --- | --- |
| Nom du médicament : | Posologie : |
| Fréquence et heure de la prise du médicament : |
| Le prend-il lui-même ? Oui 🞎 Non 🞎 |

 **3. AUTORISATION**

Par la présente, j’autorise un membre du personnel du camp de jour à administrer à mon enfant le(s) médicament(s) tel(s) que prescrit(s) par le médecin

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Nom et prénom du parent ou du tuteur

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature du parent Date