



# Val-Brillant Camp de jour relâche scolaire 2019 - Val-Brillant

Formulaire d'inscription

## 1. Quel type d'inscription désirez-vous?

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> 5 jours. (du 4 au 8 mars 2019)                            |
| <input type="checkbox"/> 3 jours. – Mercredi, Jeudi et Vendredi (6 au 8 mars 2019) |

## 2. Coordonné de vous et votre enfant

Masculin <input type="checkbox"/>		Année scolaire (en cours)	
Prénom et nom de l'enfant		Féminin <input type="checkbox"/> Âge (au 4 mars)	
Date de naissance	No d'assurance maladie	Expiration	
Identification du père ou tuteur		Identification de la mère ou tutrice	
Adresse		Adresse	
Ville	Code postal	Ville	Code postal
Téléphone Résidence		Téléphone Résidence	
Téléphone Travail		Téléphone Travail	
Adresse courriel		Adresse courriel	

## 3. Personne à contacter en cas d'urgence

**\*\*IMPORTANT : cette personne doit être disponible sur les heures du camp de jour**

Prénom et nom de la personne		Lien de cette personne avec votre enfant	
Adresse		Ville	Code postal
Téléphone Résidence		Téléphone Travail	

## 4. À la fin de la journée (entre 16 h et 17 h)

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> J'autorise mon enfant à revenir seul(e) à la maison (Passez à la question 8)     |
| <input type="checkbox"/> Mon enfant doit attendre qu'on vienne le ou la chercher (Passez à la question 7) |

## 5. Qui doit passer chercher votre enfant? (Plusieurs réponses possibles)

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> Père / tuteur  |
| <input type="checkbox"/> Mère / tutrice   |
| <input type="checkbox"/> Personne à contacter en cas d'urgence (telle que nommée plus haut) |
| <input type="checkbox"/> Autres (spécifiez toutes les personnes svp) :                      |

## 6. Renseignements médicaux

Votre enfant a-t-il des allergies ?	
Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Si oui, précisez _____
Votre enfant a-t-il en sa possession sa dose d'adrénaline (Épipen, AnaKit) en fonction de ses allergies ?	
Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Souffre t'il (elle) de ?	
Asthme	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Épilepsie	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Diabète	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Autres : \_\_\_\_\_

Votre enfant prend-il des médicaments?

Oui  Non  Si oui, précisez le nom du médicament \_\_\_\_\_

**P.S. Vous devez avertir la coordonnatrice si votre enfant doit prendre un médicament durant les heures de terrain de jeux.**

## 7. Renseignements psychosociaux

Votre enfant a-t-il des difficultés d'attention, d'impulsivité, d'agressivité, d'hyperactivité ou autre difficulté ?

Oui  Non  Si oui, précisez \_\_\_\_\_

Votre enfant présente-t-il des problèmes de comportement ?

Oui  Non  Si oui, précisez la nature du problème \_\_\_\_\_

## 8. Afin de créer un encadrement adapté aux besoins de l'enfant,

Votre enfant a-t-il reçu, au cours des 12 derniers mois, un service ou fait l'objet d'un suivi de la part d'un professionnel de la santé à l'école ou du CLSC ?

Suivi psychosocial	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	_____	_____
			Nom du professionnel	Téléphone
Suivi psychologique	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	_____	_____
			Nom du professionnel	Téléphone
Suivi médical	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	_____	_____
			Nom du professionnel	Téléphone
Autre suivi	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	_____	_____
			Nom du professionnel	Téléphone

## 9. J'autorise le (les) professionnels, nommés plus haut, à communiquer les renseignements désirés à la direction du terrain de jeux ou du camp de jour (ou toute personne désignée par celle-ci).

Oui  Non  Non applicable

## 10. En cas d'urgence, j'autorise la direction du terrain de jeux ou du camp de jour (ou toute personne désignée par celle-ci) à prendre les dispositions nécessaires.

Oui  Non

## 11. J'autorise la Municipalité de Val-Brillant à utiliser des photos prises de mon enfant à des fins publicitaires sans but lucratif (ex : Page FaceBook de la municipalité de Val-Brillant, site internet de la municipalité de Val-Brillant, envois dans les journaux...).

Oui  Non

## 12. J'ai pris connaissance du document tarifs et règlements du camp de jour et je suis conscient(e) que les énoncés doivent être respectés.

## 13. Sorties spéciales

J'autorise mon enfant à participer aux sorties organisées dans le cadre des activités du camp de jour;	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
J'autorise mon enfant à circuler en voiture avec des accompagnateurs désignés par les responsables des activités;	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Je participerai à l'activité de pêche blanche du Vendredi 8 mars en après-midi avec mon enfant.	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non

\_\_\_\_\_  
Nom du parent (Aux fins de reçu d'impôt)

\_\_\_\_\_  
NAS (Aux fins de reçu d'impôt)

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date d'aujourd'hui