

## FICHE D'INSCRIPTION

**Camp de jour 2021**

*\*Une fiche par enfant*

Identification de l'enfant															
Nom et prénom:															
Adresse:															
Âge:															
Date de naissance:															
Téléphone maison:															
Téléphone d'urgence:		Lien:													
Numéro d'ass. maladie:		Date d'expiration:													
Identification du parent payeur (pour relevé 24)															
Nom:															
Adresse complète:															
Téléphone maison:															
Numéro d'ass. sociale:															
Autorisation lors du départ de l'enfant															
<p>J'autorise mon ou mes enfant(s) à quitter seul(s) le camp de jour?      Oui <input type="checkbox"/>      Non <input type="checkbox"/></p> <p>J'autorise mon ou mes enfant(s) à quitter en compagnie d'une personne mineure?            Inscrire le nom: _____</p> <p>Personnes autorisées à venir le ou les chercher (inscrire les noms)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">1.</td> <td style="width: 25%;">Tél.</td> <td style="width: 25%;">Cell.</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Tél.</td> <td>Cell.</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Tél.</td> <td>Cell.</td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td>Tél.</td> <td>Cell.</td> </tr> </table>				1.	Tél.	Cell.	2.	Tél.	Cell.	3.	Tél.	Cell.	4.	Tél.	Cell.
1.	Tél.	Cell.													
2.	Tél.	Cell.													
3.	Tél.	Cell.													
4.	Tél.	Cell.													
<b>Signature du parent :</b> _____															
Consentement parental															
<p><b>En cochant les items ci-dessous vous y accordez votre consentement.</b></p> <p>1. Pour donner les premiers soins <input type="checkbox"/></p> <p>2. Transport médical en ambulance <input type="checkbox"/></p> <p>3. Autorisation au personnel médical d'apporter les soins jugés nécessaires <input type="checkbox"/></p> <p>4. Autorisation de prendre votre enfant en photo dans le cadre du camp de jour et à utiliser les photos à des fins promotionnelles <input type="checkbox"/></p> <p>Signature: _____ Date: _____</p>															

## FICHE SANTÉ

*\*Une fiche par enfant*

<b>Allergies</b>		
Votre enfant souffre-t-il d'allergie (s)?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Lesquelles :		
Votre enfant a-t-il à sa disposition en fonction de ses allergies?		
Épipen ou un Ana-Kit	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Bénadryl ou autre	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Est-il est capable de se l'administrer lui-même ?		
Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
<b>Problème physique</b>		
Votre enfant souffre-t-il?		
Asthme <input type="checkbox"/>	Diabète <input type="checkbox"/>	Épilepsie <input type="checkbox"/>
Hémophilie <input type="checkbox"/>	Maladie du cœur <input type="checkbox"/>	Surdité <input type="checkbox"/>
Autres: _____		
<b>Médication</b>		
Votre enfant doit-il prendre des médicaments dans la journée? <span style="float: right;">Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></span>		
Indiquez les médicaments que l'enfant devra possiblement prendre durant la journée :		
Nom du médicament	Fréquence	Posologie
<b>Autres informations (TDA/TDAH. Trouble de comportement, etc.)</b>		

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

## TARIFICATION

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_

A-t-il des frères et sœurs qui fréquentent le camp de jour? \_\_\_\_\_

Leurs noms : \_\_\_\_\_

*\* Activités incluses*

Description	1 <sup>er</sup> enfant	2 <sup>e</sup> enfant	3 <sup>e</sup> enfant	4 <sup>e</sup> enfant	Total pour chaque semaine
<b>Semaine 1</b> <i>28 juin au 2 juillet</i>	30\$	25\$	10\$	10\$	
<b>Semaine 2</b> <i>5 au 9 juillet</i>	45\$	40\$	15\$	15\$	
<b>Semaine 3</b> <i>12 au 16 juillet</i>	45\$	40\$	15\$	15\$	
<b>Semaine 4</b> <i>19 au 23 juillet</i>	45\$	40\$	15\$	15\$	
<b>Semaine 5</b> <i>26 au 30 juillet</i>	45\$	40\$	15\$	15\$	
<b>Semaine 6</b> <i>2 au 6 août</i>	45\$	40\$	15\$	15\$	
<b>Semaine 7</b> <i>9 au 13 août</i>	45\$	40\$	15\$	15\$	
<b>Semaine 8</b> <i>16 au 20 août</i>	45\$	40\$	15\$	15\$	
<b>À la journée</b>	18\$	15\$	8\$	8\$	
<b>Pour 8 semaines</b>	320\$	280\$	95\$	95\$	
<b>Chandail</b>	15\$	15\$	15\$	15\$	<input type="checkbox"/> Petit <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Grand
<b>Grand total</b>					

## PAIEMENT



À REMPLIR PAR LE RESPONSABLE DU CAMP DE JOUR



**ARGENT**

Nom du payeur	Montant en \$	Date du paiement	Reçu donné

**CHÈQUE**

Nom du payeur :			
	Date du chèque	Montant du chèque	Reçu donné
Cheque no 1			
Cheque no 2			
Chèque no 3			

Signature du parent : \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_