



MESSAGE IMPORTANT COVID-19



Nous avons la volonté d'organiser un camp de jour cet été pour aider les parents qui doivent poursuivre leurs activités et qui ont besoin de ce service. Nous lançons le processus d'inscription dès maintenant afin de savoir combien de familles souhaitent bénéficier de camp de jour. En remplissant le formulaire d'inscription pour votre ou vos enfants, vous confirmez que vous comprenez les énoncés suivants et que vous vous engagez à les respecter (veuillez cocher tous les énoncés s.v.p et apposer votre signature) :

- Je comprends qu'il y aura un nombre limite d'inscriptions au camp de jour de Fortierville cet été selon les mesures de distanciation à respecter et le ratio adulte/enfants et que des critères d'admission ont été établis. Il est donc possible que mon ou mes enfants ne puissent avoir accès au camp de jour cet été. En aucun cas, je ne pourrai tenir la municipalité de Fortierville ou les Loisirs de Fortierville inc. responsables de cette situation.

Voici les critères d'admissibilité, dans l'ordre. Si le nombre d'inscriptions admissibles par critère dépassent le ratio permis, un tirage au sort devra être effectué. Veuillez s.v.p. cocher la situation qui se rapporte à votre famille.

- Priorité 1 Familles de Fortierville dont les deux parents occupent un emploi et dont au moins un parent est un travailleur essentiel (service temps plein requis)
 - Priorité 2 Familles de Fortierville dont les deux parents occupent un emploi à l'extérieur ou en télétravail (service temps plein requis)
 - Priorité 3 Familles de Fortierville dont un seul parent occupe un emploi (temps plein ou partiel requis)
 - Priorité 4 Familles provenant de l'extérieur de la municipalité dont les deux parents occupent un emploi et dont au moins un parent est un travailleur essentiel (service temps plein requis)
* surcharge applicable pour les non-résidents
 - Priorité 5 Familles provenant de l'extérieur de la municipalité dont les deux parents occupent un emploi à l'extérieur ou en télétravail (service temps plein requis)
* surcharge applicable pour les non-résidents
 - Priorité 6 Familles provenant de l'extérieur de la municipalité dont un seul parent occupe un emploi (temps plein ou partiel requis)
* surcharge applicable pour les non-résidents
 - Priorité 7 Familles de Fortierville ou de l'extérieur dont les deux parents sont à la maison.
* surcharge applicable pour les non-résidents
- Je comprends que seuls les enfants âgés de 5 à 12 ans seront admissibles au camp de jour de Fortierville cet été.
 - Je comprends que mon ou mes enfants devront se conformer aux différentes directives portant sur les mesures d'hygiène et de distanciation qui seront émises par le personnel du camp de jour. Dans la mesure où mes enfants ne respectent pas ces mesures, et ce malgré plusieurs avertissements, ils risquent d'être suspendus du camp et ce, sans aucun remboursement.
 - Je comprends qu'aucun parent autre que le comité organisateur et le personnel en place ne pourra avoir accès à l'intérieur du chalet des loisirs ou de la salle municipale et ce, à l'arrivée et au départ des enfants (ou à tout autre moment de la journée). Si je désire m'entretenir avec un membre du personnel, je m'engage à fixer un rendez-vous et à discuter avec lui à l'extérieur, à au moins deux mètres de distance.

- Si mon enfant développe des symptômes reliés à la Covid-19 pendant qu'il se trouve au camp, il sera isolé dans une pièce avec un masque et je devrai venir le chercher le plus rapidement possible. Il devra ensuite demeurer à la maison, ainsi que tout autre enfant de la même famille, pendant au moins 14 jours après l'arrêt des symptômes ou selon la recommandation d'un médecin. Aucun remboursement de toute ou partie de l'inscription ne sera effectué en ces circonstances.
- Dans le cas où un membre de la famille habitant sous le même toit que l'enfant ou ayant été en contact avec lui développe des symptômes reliés à la Covid-19 ou reçoit un diagnostic de la Covid-19, l'enfant devra demeurer à la maison, ainsi que tout autre enfant de la même famille, pendant au moins 14 jours après l'arrêt des symptômes ou selon la recommandation d'un médecin. Aucun remboursement de toute ou partie de l'inscription ne sera effectué en ces circonstances.
- Si un employé du camp de jour éprouve des symptômes ou reçoit un diagnostic de Covid-19, ce dernier devra demeurer à la maison pendant au moins 14 jours après l'arrêt des symptômes ou selon la recommandation d'un médecin. Cela pourrait mettre en péril l'organisation et le maintien du service du camp de jour. Si la municipalité devait fermer le camp de jour en cours d'été, les familles seraient remboursées au prorata du nombre de semaines restantes.
- Je comprends que les enfants n'auront accès à aucune sortie ou voyage en autobus cet été. Nous tenterons d'organiser des activités intéressantes et stimulantes pour eux sur place, sans déplacement à bord d'un véhicule.
- Je m'engage à fournir à mon ou mes enfants du matériel individuel (boîte de mouchoirs, gourde d'eau, crème solaire, insectifuge, crayons, ciseaux, règle, colle, etc.) identifiés au nom de mon enfant dès le premier jour du camp afin qu'il n'y ait aucun partage de matériel entre les enfants. Une liste plus complète vous sera fournie avant le début du camp.
- Je comprends que je devrai envoyer à mon ou mes enfants des dîners froids ou dans un thermos à chaque jour, afin que les enfants ne se servent pas du four à micro-ondes.
- Je comprends que mon ou mes enfants devront utiliser les désinfectants à mains fournis par le camp de jour (produit conforme à la norme de Santé Canada).
- Je comprends que mon ou mes enfants devront faire preuve d'autonomie relativement à l'application de la crème solaire et de l'insectifuge quotidiennement. Les moniteurs ne pourront aider les enfants lors de l'application de ces produits en journée.
- Je comprends que si mon ou mes enfants ont une condition de santé qui les expose à des risques relativement à la Covid-19 (système immunitaire affaibli, maladie chronique, diabète, problèmes respiratoires, asthme, etc.), je ne pourrai les inscrire au camp de jour.

Signature du parent

Frais applicables

Camp de jour Fortierville 2021

Frais pour les familles de Fortierville	
Camp de jour temps plein (7h30 à 17h30 / 5 jours semaine)	265\$ pour le premier enfant 240\$ pour le deuxième enfant 190\$ pour le troisième enfant
Camp de jour temps partiel (9h30 à 15h30 / 3 jours fixes semaine à votre choix)	150\$ pour le premier enfant 135\$ pour le deuxième enfant 110\$ pour le troisième enfant
Frais de retard	5\$/ 15 minutes / famille
Frais de garde temps partiel	5\$/ enfant

Frais pour les familles résidant <u>à l'extérieur de Fortierville</u>	
Camp de jour temps plein (7h30 à 17h30 / 5 jours semaine)	300\$ pour le premier enfant 275\$ pour le deuxième enfant 225\$ pour le troisième enfant
Camp de jour temps partiel (9h30 à 15h30 / 3 jours fixes semaine à votre choix)	175\$ pour le premier enfant 160\$ pour le deuxième enfant 135\$ pour le troisième enfant
Frais de retard	5\$/ 15 minutes / famille
Frais de garde temps partiel	5\$/ enfant



ÉTÉ 2021

INSCRIPTION AU CAMP DE JOUR DE FORTIERVILLE

Informations concernant le ou les enfants			
Nom du 1 ^{er} enfant	Date de naissance (j/m/a)	Âge	
Nom du 2 ^e enfant	Date de naissance (j/m/a)	Âge	
Nom du 3 ^e enfant	Date de naissance (j/m/a)	Âge	
Nom du 4 ^e enfant	Date de naissance (j/m/a)	Âge	
Informations concernant les parents			
Nom de la mère	Adresse de la mère		Code postal
Téléphone (maison)	Téléphone (cellulaire)	Téléphone (travail)	Adresse courriel
Nom du père	Adresse du père		Code postal
Téléphone (maison)	Téléphone (cellulaire)	Téléphone (travail)	Adresse courriel
Coordonnées des personnes (autres que les parents) autorisées à venir chercher l'enfant au camp de jour			
Nom de la personne	Téléphone (maison)	Téléphone (cellulaire)	
Nom de la personne	Téléphone (maison)	Téléphone (cellulaire)	

Faites votre choix :

Les journées complètes (temps plein), soit du **lundi au jeudi, de 7h30 à 17h30**

Les journées courtes (temps partiel), soit 3 jours/semaine, **de 9h30 à 15h30**

Si vous avez choisi les journées courtes (temps partiel, 3 jours par semaine), veuillez sélectionner votre choix (vous devrez respecter ces journées) : lundi mardi mercredi jeudi vendredi

Pour connaître les tarifs applicables, veuillez consulter la liste des coûts d'inscription pour l'année en cours.

Espace réservé à la municipalité
Payé
Date :
Paraphe du témoin :

Coût de l'inscription : _____ \$
Rabais 25\$/enfant si inscription
avant le 30 avril inclusivement _____ \$
Coût total incluant rabais _____ \$

Numéro d'assurance social (pour les reçus d'impôts) : _____ (Mère ou père)

AUTORISATIONS

<p>Note :</p> <p>Se référer à la première page pour l'ordre des enfants.</p> <p>Veillez inscrire le nom de chaque enfant. →</p>	1 ^{er} enfant Nom :	2 ^e enfant Nom :	3 ^e enfant Nom :	4 ^e enfant Nom :
Autorisation pour arrivée et sortie de l'enfant (veuillez cocher un seul choix)				
J'autorise mon enfant à se rendre seul au Camp de jour de Fortierville et à retourner seul à la maison. Je dégage de toute responsabilité le Camp de jour ainsi que les animateurs, de tout accident qui pourrait survenir lors de ces trajets. Mon enfant est autorisé à quitter le camp de jour seul à compter de _____ (heure).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je vais reconduire et je vais chercher mon enfant tous les jours, matin et soir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autorisation pour les crèmes solaires (veuillez cocher un seul choix)				
J'autorise les moniteurs, monitrices du Camp de jour de Fortierville à administrer, conformément au présent protocole, les crèmes solaires sans PABA de toutes les marques.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'autorise les moniteurs, monitrices du Camp de jour de Fortierville à administrer, conformément au présent protocole, les crèmes solaires sans PABA des <u>marques suivantes seulement</u> : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autorisation pour les insectifuges (veuillez cocher un seul choix)				
J'autorise les moniteurs, monitrices du Camp de jour de Fortierville à administrer, conformément au présent protocole, les insectifuges de toutes les marques.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'autorise les moniteurs, monitrices du Camp de jour de Fortierville à administrer, conformément au présent protocole, les insectifuges des <u>marques suivantes seulement</u> : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autorisation pour l'acétaminophène (veuillez cocher un seul choix)				
Aucun médicament ne peut être administré sans une autorisation écrite des parents et d'un membre du Collège des médecins du Québec.				
J'autorise les animateurs, animatrices du Camp de jour de Fortierville à administrer, conformément au présent protocole, de l'acétaminophène (ex. : Tempra, Tylénol) de toutes les marques.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'autorise les animateurs, animatrices du Camp de jour de Fortierville à administrer, conformément au présent protocole, de l'acétaminophène (ex. : Tempra, Tylénol) des <u>marques suivantes seulement</u> :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FICHE MÉDICALE

Numéros de téléphone en cas d'urgence

Dans l'impossibilité de joindre le père ou la mère, la personne « autre » sera contactée et sera autorisée à prendre les décisions.

Père	Téléphone (maison)	Téléphone (cellulaire ou bur.)
Mère	Téléphone (maison)	Téléphone (cellulaire ou bur.)
Autre	Téléphone (maison)	Téléphone (cellulaire ou bur.)

En cas d'urgence, votre ou vos enfants devront être transportés vers quel établissement de santé?

CLSC Fortierville Hôtel-Dieu Arthabaska Centre hospitalier Trois-Rivières CHUL Québec

Autre : _____

<p>Note :</p> <p>Se référer à la première page pour l'ordre des enfants.</p> <p>Veillez inscrire le nom de chaque enfant. →</p>	1^{er} enfant	Nom :	2^e enfant	Nom :	3^e enfant	Nom :	4^e enfant	Nom :
--	------------------------------	--------------	-----------------------------	--------------	-----------------------------	--------------	-----------------------------	--------------

Informations sur la santé des enfants

Allergies connues? Si oui, lesquelles : _____	□	□	□	□
Asthme? Si oui, l'enfant a-t-il des pompes? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	□	□	□	□
Troubles cardiaques	□	□	□	□
Diabète	□	□	□	□
Épilepsie	□	□	□	□
Retards intellectuels	□	□	□	□
Troubles visuels? L'enfant porte-t-il des lunettes ou des lentilles? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	□	□	□	□
Troubles auditifs? L'enfant a-t-il un appareil? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	□	□	□	□
Hyperactivité, TDAH, trouble d'opposition	□	□	□	□
Autres? Veuillez spécifier : _____	□	□	□	□

Carte d'assurance-maladie

	Nom de l'enfant	# de la carte	Date d'expiration
1			
2			
3			
4			

Votre enfant doit-il prendre des médicaments?

Nom de l'enfant	Nom médicament	Dose	Heure	Endroit d'application	Raison
1					
2					
3					
4					

Votre enfant sait-il nager?

Nom de l'enfant	Oui, très bien	Oui, bien	Oui, un peu	Non, pas du tout	Non, il a peur de l'eau
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Notes explicatives sur la nage:

Très bien (fait du surplace en eau profonde 5 minutes sans arrêt)

Bien (il nage confortablement dans l'eau profonde)

Un peu (il doit toucher le fond, le rebord ou porter des flotteurs)

Attestation et autorisation : Je reconnais que pour assurer aux enfants un séjour sécuritaire et de qualité, le service d'animation estivale se doit d'obtenir, au sujet des enfants, les informations les plus complètes possibles. Par la présente, je déclare que toutes les informations requises ont été fournies pour permettre l'inscription de l'enfant ci haut mentionné (ou des enfants ci-haut mentionnés) au service d'animation estivale et que ces informations sont exactes et complètes.

J'autorise le personnel du service d'animation estivale à administrer à mon enfant ses médicaments prescrits sur ordonnance.

De plus, j'autorise le personnel à prendre connaissance de la fiche de santé de mon enfant et à lui fournir les soins nécessaires ou demander l'intervention des ambulanciers, en cas d'urgence si le cas semble le justifier et s'il est impossible de me rejoindre. Je dégage le service d'animation estivale et leurs employés de toutes responsabilités en égard aux soins prodigués aux enfants.

Signature du parent ou du tuteur

Date

* Clause de confidentialité : Les renseignements fournis sont utilisés à des fins informatives auprès du personnel afin d'assurer la sécurité de l'enfant. Cette fiche sera détruite à la fin de la présente saison du service d'animation estivale.