



Frais applicables Camp de jour Fortierville 2022

Frais pour les familles de Fortierville	
Camp de jour temps plein (7h30 à 17h30 / 5 jours semaine)	275\$ pour le premier enfant 250\$ pour le deuxième enfant 200\$ 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)	325\$ pour le premier enfant 300\$ pour le deuxième enfant 250\$ 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 2022

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 vendredi, 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 28 avril inclusivement _____ \$
Coût total incluant rabais _____ \$

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

AUTORISATIONS

	1 ^{er} enfant Nom :	2 ^e enfant Nom :	3 ^e enfant Nom :	4 ^e enfant Nom :
<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>				
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.