



ÉTÉ 2025

INSCRIPTION AU CAMP DE JOUR DE FORTIERVILLE

Informations concernant le ou les enfants				
Nom du 1 ^{er} enfant		Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Âge	
Nom du 2 ^e enfant		Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Âge	
Nom du 3 ^e enfant		Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Âge	
Nom du 4 ^e enfant		Date de naissance (jj/mm/aaaa)	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

3 façons faciles de faire vos paiements :

- Argent comptant
- Chèque à l'ordre des Loisirs de Fortierville
- Paiement par virement bancaire aux Loisirs de Fortierville :
10021 815 2412112

Coût de l'inscription : _____ \$

Rabais 25 \$/enfants si inscription
avant le 25 avril inclusivement _____ \$

Coût total incluant rabais _____ \$

Numéro d'assurance sociale (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>Veuillez 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 _____ heures.	<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 animateurs 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 animateurs du Camp de jour de Fortierville à administrer, conformément au présent protocole, les crèmes solaires sans PABA des marques suivantes seulement : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autorisation pour les insectifuges (veuillez cocher un seul choix)				
J'autorise les animateurs 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 animateurs du Camp de jour de Fortierville à administrer, conformément au présent protocole, les insectifuges des marques suivantes seulement : _____	<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 du Camp de jour de Fortierville à administrer, conformément au présent protocole, de l'acétaminophène (ex. : Tempra, Tyléol...) de toutes les marques.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'autorise les animateurs du Camp de jour de Fortierville à administrer, conformément au présent protocole, de l'acétaminophène (ex. : Tempra, Tyléol...) des marques suivantes seulement : _____	<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 (cell. ou bureau)
Mère	Téléphone (maison)	Téléphone (cell. ou bureau)
Autre	Téléphone (maison)	Téléphone (cell. ou bureau)

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

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

Autre : _____

Note : Se référer à la première page pour l'ordre des enfants Veuillez inscrire le nom de chaque enfant.	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 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	□	□	□	□
Troubles du spectre de l'autisme	□	□	□	□
Autres? Veuillez spécifier : _____	□	□	□	□

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 du Camp de jour de Fortierville 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 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 joindre. Je dégage le service d'animation estivale du Camp de jour de Fortierville 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.

Terrain de Jeu et Camp de Jour, été 2025 Fortierville*

Le comité des Loisirs de Fortierville vous propose deux choix d'inscription :

Le Camp de jour	(temps partiel)	<u>3 journées au choix</u>	de 9h30 à 15h30
Le Camp de jour	(temps plein)	<u>du lundi au vendredi</u>	de 7h30 à 17h30

**Le camp de jour débutera mercredi, le 25 juin 2025 et terminera vendredi, le 8 août 2025.
Le camp de jour sera FERMÉ le lundi 30 juin 2025 pour la Fête du Canada.**

Le camp de jour, qui aura lieu au chalet des loisirs, continuera à offrir un horaire pour mieux accommoder les parents qui travaillent et un service de qualité en s'assurant, notamment, que les animateurs reçoivent une bonne formation ainsi que le support du comité du camp de jour tout au long de l'été.

Frais applicables - Camp de jour Fortierville 2025

Frais pour les familles de Fortierville	
Camp de jour temps plein (7h30 à 17h30 / 5 jours semaine)	350\$ pour le premier enfant 325\$ pour le deuxième enfant 275\$ pour le troisième enfant
Camp de jour temps partiel (9h30 à 15h30 / 3 jours fixes semaine à votre choix)	190\$ pour le premier enfant 175\$ pour le deuxième enfant 150\$ pour le troisième enfant
Frais de retard	5\$/ 15 minutes / famille
Frais de garde temps partiel	10\$/ enfant / jour
Frais pour les familles résidant <u>à l'extérieur de Fortierville</u>	
Camp de jour temps plein (7h30 à 17h30 / 5 jours semaine)	400\$ pour le premier enfant 375\$ pour le deuxième enfant 325\$ pour le troisième enfant
Camp de jour temps partiel (9h30 à 15h30 / 3 jours fixes semaine à votre choix)	215\$ pour le premier enfant 200\$ pour le deuxième enfant 165\$ pour le troisième enfant
Frais de retard	5\$/ 15 minutes / famille
Frais de garde temps partiel	10\$/ enfant / jour

Ces frais sont déductibles d'impôts : Selon votre revenu familial, vous pouvez bénéficier d'un remboursement qui varie entre 26 % et 75 % des frais de garde payés.