



FICHE D'INSCRIPTION

SEMAINE DE RELÂCHE

UN FORMULAIRE PAR PERSONNE - OBLIGATOIRE POUR OFFICIALIZER L'INSCRIPTION

Nom de famille : _____ Sexe : F M
 Prénom : _____ Date de naissance : _____
 Adresse : _____ Année scolaire : _____

Code postal : _____ École : _____
 Numéro d'assurance maladie : _____ Date d'expiration : _____

Nom du père : _____ Nom de la mère : _____
 Adresse : _____ Adresse (si différente) : _____

Téléphone (maison) : _____ Téléphone (maison) : _____
 Téléphone (cellulaire) : _____ Téléphone (cellulaire) : _____
 Téléphone (travail) : _____ Téléphone (travail) : _____
 NAS - Relevé 24 (si parent payeur) : _____ NAS - Relevé 24 (si parent payeur) : _____

Garde de l'enfant

Père et mère Père Mère Partagée Tuteur

Informations pertinentes relatives à la garde de l'enfant

Personnes autorisées à récupérer l'enfant et lien avec l'enfant

EN CAS D'URGENCE

Personne à joindre en cas d'URGENCE :

Père et mère Père Mère Partagée Tuteur

Deux autres personnes à joindre en cas d'URGENCE (seulement deux svp) :

1- Prénom et nom : _____
 Lien avec l'enfant : _____
 Téléphone (rés.) : _____
 Téléphone (autre) : _____

2- Prénom et nom : _____
 Lien avec l'enfant : _____
 Téléphone (rés.) : _____
 Téléphone (autre) : _____

Date	Activité	Coût résidents	Coût non-résidents
<input type="checkbox"/> Lundi 4 mars	L'hiver, c'est super!	25 \$	35 \$
<input type="checkbox"/> Mardi 5 mars	Lapins Crétins	25 \$	35 \$
<input type="checkbox"/> Mercredi 6 mars	Les tropiques	25 \$	35 \$
<input type="checkbox"/> Jeudi 7 mars	Super Glissades	25 \$	35 \$
<input type="checkbox"/> Vendredi 8 mars	Journée libre	25 \$	35 \$
<input type="checkbox"/> Semaine complète	4 au 8 mars	90 \$	150 \$

TOTAL :

Fiche Santé

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Votre enfant a-t-il déjà subi une intervention chirurgicale? Oui Non

Si oui, raison : _____

Année : _____

BLESSURES GRAVES

Année : _____

Décrire : _____

MALADIES CHRONIQUES OU RÉCURRENTES

Année : _____

Décrire : _____

Souffre-t-il des maux suivants :

Asthme : Oui Non

Épilepsie : Oui Non

Autres, précisez : _____

Diabète : Oui Non

Migraines : Oui Non

ALLERGIES

Votre enfant a-t-il des allergies? Oui Non

Précisez : _____

Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Epipen, Ana-Kit) en raison de ses allergies?

Oui Non

À SIGNER SI VOTRE ENFANT A UNE DOSE D'ADRÉNALINE

Par la présente, j'autorise les personnes désignées par la Ville de Charlemagne à administrer, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline _____ à mon enfant.

Signature du parent

MÉDICAMENTS

Si votre enfant doit prendre des médicaments, vous devrez, à votre arrivée, remplir un formulaire d'autorisation de prise de médicament afin que les responsables puissent distribuer le médicament prescrit à votre enfant.

Votre enfant prend-il des médicaments? Oui Non

Si oui, noms des médicaments : _____ Posologie : _____

Les prend-il lui-même? Oui Non Préciser : _____

AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES

Votre enfant présente-t-il des problèmes de comportement, cognitifs, socio-affectifs ou liés à l'intimidation? Oui Non

Si oui, précisez : _____

Votre enfant mange-t-il normalement? Oui Non

Si non, précisez : _____

Votre enfant porte-t-il des prothèses ou présente-t-il des troubles de la motricité? Oui Non

Si oui, décrire : _____

Y a-t-il des activités auxquelles votre enfant ne peut pas participer ou moyennant certaines conditions? Oui Non

Si oui, expliquer : _____

Ces informations nous aideront à mieux intervenir auprès de votre enfant. Veuillez prendre note que toutes les informations concernant l'état de santé de votre enfant demeureront confidentielles. Elles seront transmises uniquement à son animateur et au responsable afin de permettre un meilleur encadrement ainsi qu'une intervention plus efficace en cas d'urgence.

AUTORISATION DES PARENTS

En signant la présente :

- Je permets à la Ville de Charlemagne l'utilisation de photographies dans lesquelles apparaît mon enfant à des fins publicitaires dans le cadre de sa programmation. Le matériel demeurera la propriété de la Ville.
- J'autorise le personnel à prodiguer à mon enfant tous les soins médicaux requis et à le transporter par ambulance, ou autrement, dans un établissement de santé.
- S'il est impossible de me joindre, j'autorise le médecin choisi par les responsables des activités à prodiguer à mon enfant tous les soins médicaux requis par son état. Je reconnais qu'en cas d'urgence, le consentement aux soins médicaux n'est pas nécessaire si la vie de l'enfant est en danger ou que son intégrité menacée et que le consentement ne peut être obtenu en temps utile.
- La Ville de Charlemagne n'est pas responsable en cas de vol, de bris ou de perte d'objet.
- J'atteste que les renseignements inscrits sont exacts.
- J'ai pris connaissance et de l'ensemble des informations relatives au camp de jour et je les accepte.

Signature du parent/tuteur : _____ Date : _____