

1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR L'ENFANT

Nom de famille :		Sexe : M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
Prénom :		Date de naissance :	/ /
Adresse :		Âge au 30 septembre :	
		Dernière année d'études complétée :	
		Grandeur de chandail :	

2. PARENTS OU TUTEURS

Nom du père :		Nom de la mère :	
Adresse :		Adresse :	
Téléphone :	(Rés.)	Téléphone :	(Rés.)
	(Bur.)		(Bur.)
	(Cell.)		(Cell.)
Courriel :		Courriel :	
GARDE de l'enfant			
Père et mère <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Partagée <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/>			

3. CHOIX DE SESSION

Cochez	Dates	Tarif	Cochez	Dates	Tarif
<input type="checkbox"/>	1) 28 juin au 2 juillet	80\$	<input type="checkbox"/>	7) 9 août au 13 août	80\$
<input type="checkbox"/>	2) 5 juillet au 9 juillet	80\$	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	3) 12 juillet au 16 juillet	80\$	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	4) 19 juillet au 23 juillet	80\$	<input type="checkbox"/>	Inscription complète 1 enfant	360\$
<input type="checkbox"/>	5) 26 juillet au 30 juillet	80\$	<input type="checkbox"/>	Inscription complète 2^e enfant	300\$
<input type="checkbox"/>	6) 2 août au 6 août	80\$	<input type="checkbox"/>	Inscription complète 3^e enfant	200\$

*Veuillez noter que le 1^{er} juillet 2021 le camp de jour sera fermé.

*Veuillez noter que les enfants qui ne sont pas résidents permanents à Sainte-Béatrix auront un prix d'inscription majoré de 20%. **Lors de l'inscription le bulletin scolaire sera demandé.**

4. SERVICE DE GARDE

Votre enfant fréquentera-t-il le service de garde ?

Le matin : Oui Non

Le soir : Oui Non

Qui est autorisé à venir chercher votre enfant à la fin de la journée (autre que l'un des deux parents) ?*

Prénom	Lien avec l'enfant

* Veuillez noter que si ce n'est pas une personne autorisée qui vient chercher votre enfant, le personnel du service de garde ne sera pas autorisé à le laisser partir, peu importe le lien de parenté qui l'unit à cette personne. Pour autoriser qui que ce soit dont le nom n'est pas mentionné à la section 4 du présent formulaire à aller chercher votre enfant, vous devez transmettre au préalable au service de garde un avis écrit précisant le nom de cette personne.

Mon enfant est **AUTORISÉ** à partir seul le soir.

Oui Non

MODALITÉS DE PAIEMENT

Les frais d'inscription devront être payés à la Municipalité de Sainte-Béatrix. Votre enfant sera inscrit officiellement sur réception du présent formulaire rempli. Nous acceptons les chèques, l'argent comptant et les cartes de débit. La Municipalité de Sainte-Béatrix facturera des frais de 20 \$ pour tout chèque sans provision.

MODALITÉ DE VERSEMENT

Les frais d'inscription doivent être totalement payés lors du début du camp de jour selon le calendrier suivant :

À l'inscription	14 Mai 2021	14 Juin 2021
30 % du montant	30% du montant	40% du montant

* Les chèques postdatés sont acceptés selon le présent calendrier

* Veuillez prendre note qu'aucun enfant ne sera accepté au camp de jour sans le paiement complet des frais d'inscription.

MODALITÉS DE REMBOURSEMENT

Les frais d'inscription au camp de jour seront remboursés par chèque selon le calendrier suivant :

Avant le 24 mai 2021 : Frais d'annulation de **10 %**

Du 24 mai au 11 juin 2021 : Frais d'annulation de **50 %**

Du 12 juin au 28 juin 2021 : Frais d'annulation de **100 %**

***Les frais ne seront pas remboursés pour les journées de camp manquées.**

Dans le cas où l'enfant ne peut plus participer aux activités du camp de jour pour des raisons de santé (preuve médicale à l'appui), la Municipalité de Sainte-Béatrix remboursera par chèque la totalité des frais d'inscription, moins les frais d'annulation de 10 %. Toute demande de remboursement doit être faite par écrit à l'adresse courriel suivante : loisirs@stebeatrix.com

Veuillez retourner cette fiche accompagnée de la fiche santé de votre enfant et de votre paiement à :

Municipalité de Sainte-Béatrix
Camp de jour
861, rue de l'Église, Sainte-Béatrix
Sainte-Béatrix, Québec, J0K 1Y0

Nom du parent ou tuteur

Signature du parent ou tuteur

Date de la signature

CAMP DE JOUR DE LA MUNICIPALITÉ DE SAINTE-BÉATRIX

FICHE SANTÉ

**Vous devez nous retourner la fiche santé avec votre formulaire d'inscription.
S.V.P. remplir une fiche par enfant.**

1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR L'ENFANT

Nom de l'enfant :		Sexe :	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Prénom :		Âge lors du séjour :	
Adresse :		Date de naissance :	
		N° d'assurance-maladie (enfant) :	
Code postal :		Date d'expiration :	
Téléphone :		Clinique ou hôpital :	
Nom du médecin traitant :			
Téléphone du médecin :			

2. RÉPONDANT(S) DE L'ENFANT

Prénom et nom du père :	Prénom et nom de la mère :
Téléphone (travail) :	Téléphone (travail) :
Poste :	Poste :
Cellulaire ou autre numéro :	Cellulaire ou autre numéro :

3. EN CAS D'URGENCE

Personne à joindre en cas d'URGENCE :	
Père et mère <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/>	
Deux autres personnes à joindre en cas d'URGENCE :	
Prénom et nom :	Prénom et nom :
Lien avec l'enfant :	Lien avec l'enfant :
Téléphone (rés.) :	Téléphone (rés.) :
Téléphone (autre) :	Téléphone (autre) :

4. ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Votre enfant a-t-il déjà subi une intervention chirurgicale ?		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Si oui,			
Date :	Raison :		
Blessures graves		Maladies chroniques ou récurrentes	
Date :		Date :	
Décrire :		Décrire :	
A-t-il déjà eu les maladies suivantes ?		Souffre-t-il des maux suivants ?	
Varicelle	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Asthme	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Oreillons	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Diabète	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Scarlatine	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Épilepsie	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Rougeole	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Migraines	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Autres, précisez :		Autres, précisez :	

5. VACCINS ET ALLERGIES

A-t-il reçu les vaccins suivants ?		Date	A-t-il des allergies ?	
Tétanos	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Fièvre des foies	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Rougeole	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Herbe à puce	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Rubéole	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Piqûres d'insectes	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Oreillons	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Animaux*	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Polio	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Médicaments*	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
DcaT	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Allergies alimentaires*	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Autres, précisez :			*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 le Camp de jour de Sainte-Béatrix à administrer, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline _____ à mon enfant.

 Signature du parent

6. MÉDICAMENTS

Votre enfant prend-il des médicaments ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, noms des médicaments :	Posologie :
Les prend-il lui-même ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Précisez :

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

7. AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES (UTILISEZ LES ÉNONCÉS APPLICABLES À VOTRE SITUATION)

Les questions qui suivent nous aideront à mieux intervenir auprès de votre enfant.

Votre enfant présente-il des problèmes de comportement ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, décrire :	
Votre enfant mange-t-il normalement ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si non, décrire :	
Y a-t-il des activités auxquelles votre enfant ne peut pas participer ou seulement moyennant certaines conditions ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, expliquez :	
Fille : A-t-elle commencé à être menstruée ?	Oui <input type="checkbox"/> Non, et elle n'est pas renseignée <input type="checkbox"/> Non, mais elle est renseignée <input type="checkbox"/>
Y a-t-il des considérations particulières à ce sujet ?	

8. MÉDICAMENTS EN VENTE LIBRE (SI APPLICABLE)

J'autorise le personnel du Camp de jour de la municipalité de Sainte-Béatrix à administrer à mon enfant, si nécessaire, un ou plusieurs médicaments sans ordonnance en vente libre.

Cocher les médicaments :

Acétaminophène (Tylenol, Tempra)

Antiémétique (Gravol)

Antihistaminique (Benadryl, Reactine)

Anti-inflammatoire (Advil)

Sirop contre la toux

Antibiotique en crème (Polysporin)

Autre, précisez : _____

Signature de la mère ou du père : _____ Date : _____

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

9. AUTORISATION DES PARENTS

- Étant donné que le Camp de jour de Sainte-Béatrix prendra des photos et (ou) des vidéos au cours des activités de mon enfant durant l'été, je l'autorise à se servir de ce matériel en tout ou en partie à des fins promotionnelles. Tout le matériel utilisé demeurera la propriété du Camp de jour de Sainte-Béatrix.
- Si des modifications concernant l'état de santé de mon enfant survenaient avant le début ou pendant la période du camp de jour, je m'engage à transmettre cette information à la direction du camp de jour, qui fera le suivi approprié avec l'animateur de mon enfant.
- En signant la présente, j'autorise le Camp de jour de Sainte-Béatrix à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Si la direction du Camp de jour de Sainte-Béatrix le juge nécessaire, je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire.
- Je m'engage à collaborer avec la direction du Camp de jour de Sainte-Béatrix et à venir la rencontrer si le comportement de mon enfant nuit au bon déroulement des activités.

Nom et prénom du parent ou tuteur

Signature du parent ou tuteur

_____/_____/_____
Date

FICHE D'INTERVENTION

**Vous devez nous retourner la fiche d'intervention avec votre formulaire d'inscription.
S.V.P. remplir une fiche par enfant.**

Afin de maintenir un milieu de vie sain et sécuritaire pour tous, des procédures sont mises en œuvre et des sanctions sont prévues pour encadrer et gérer avec cohérence les interventions consécutives au non-respect des codes en vigueur.

Étapes d'intervention pour un participant* :

1. Avertissement verbal par l'animateur et, si nécessaire, suivi avec le parent ou tuteur.
2. Rencontre avec l'enfant, le parent ou tuteur, le coordonnateur et la directrice des loisirs.
3. Rencontre avec l'enfant, le parent ou tuteur, le coordonnateur et la directrice des loisirs et suspension d'un jour.
4. Expulsion (avec remboursement proportionnel au nombre de journées d'activités restantes, moins les frais d'administration de 10 %).

* Dans l'application, l'âge du participant et le contexte sont pris en considération

*Si une rencontre est demandée avec le parent ou tuteur, et que celui-ci ne se met pas disponible à l'intérieur d'un délai de 2 semaines, la municipalité de Sainte-Béatrix se donne le droit d'expulser l'enfant sans autre avis.

Afin d'assurer une intervention appropriée auprès de votre enfant, il est de votre responsabilité de communiquer avec la direction du camp de jour pour toute problématique importante pouvant altérer le comportement de l'enfant, afin de permettre la mise en place concertée d'un plan d'encadrement adéquat.

Nom et prénom du parent ou tuteur

Signature du parent ou tuteur

____/____/____
Date

AUTORISATION DE PRISE D'UN MÉDICAMENT

Pour des raisons de sécurité, nous vous demandons de mentionner tout médicament qui doit être pris par l'enfant. Merci d'aviser la direction du camp de jour de toute modification concernant ces renseignements.

INFORMATION SUR L'ENFANT

Nom de l'enfant :	
Date de naissance :	
Numéro d'assurance-maladie :	Date d'expiration :

PERSONNES-RESSOURCES

Nom et prénom du parent :	
Tél. (résidence) :	Tél. (travail, cellulaire) :

INFORMATION SUR LA MÉDICATION

Nom du médicament :	
Raison de la prise du médicament :	
Dose :	
Fréquence :	Heures :
Forme : capsule, pilule <input type="checkbox"/> liquide <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/> spécifiez :	
Mon enfant prend son médicament : seul <input type="checkbox"/> avec de l'aide <input type="checkbox"/>	
Le médicament a besoin d'être réfrigéré : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
Date du début de la prise du médicament :	Fin :
Le médicament sera remis à l'animateur : chaque jour <input type="checkbox"/> chaque semaine <input type="checkbox"/>	
Autres informations pertinentes :	

J'autorise mon enfant à prendre le médicament décrit ci-dessus en se conformant aux modalités prescrites.

Nom du parent/tuteur : _____

Signature du parent/tuteur : _____ Date : _____

Signature de la direction du camp de jour de la municipalité de Sainte-Béatrix : _____