



Camp de jour

INVERNESS

Formulaire d'inscription 2024

1. IDENTIFICATION ET INSCRIPTION

1.1 Parents ou tuteur légal :

Parent ou tuteur 1		Parent ou tuteur 2	
Prénom		Prénom	
Nom		Nom	
Adresse		Adresse	
Téléphone	(Cell.)	Téléphone	(Cell.)
	(Travail)		(Travail)
	(Rés.)		(Rés.)
Courriel		Courriel	
Garde de l'enfant : Les deux parents <input type="checkbox"/> Parent 1 <input type="checkbox"/> Parent 2 <input type="checkbox"/> Garde partagée <input type="checkbox"/>			
Pour émission du relevé 24 :	Nom du parent payeur	N.A.S. :	

1.2 Inscription(s):

Prénom du 1 ^{er} enfant :	Nom du 1 ^{er} enfant :	Date de naissance : JJ / MM / AAAA
Prénom du 2 ^e enfant :	Nom du 2 ^e enfant :	Date de naissance : JJ / MM / AAAA
Prénom du 3 ^e enfant :	Nom du 3 ^e enfant :	Date de naissance : JJ / MM / AAAA
Prénom du 4 ^e enfant :	Nom du 4 ^e enfant :	Date de naissance : JJ / MM / AAAA

Coûts : 300\$ / enfant

Pour les enfants de 4 ans, la maternelle 4 ans doit avoir été complétée



Camp de jour

INVERNESS

2. INFORMATION SUR LA FRÉQUENTATION

2.1 Cochez selon vos besoins:

Semaines	(X)	Semaines	(X)
Mardi 25 juin au vendredi 28 juin 2024		Lundi 29 juillet au vendredi 2 août 2024	FERMÉ
Mardi 2 juillet au vendredi 5 juillet 2024		Lundi 5 août au vendredi 9 août 2024	
Lundi 8 juillet au vendredi 12 juillet 2024		Lundi 12 août au vendredi 16 août 2024	
Lundi 15 juillet au vendredi 19 juillet 2024		Lundi 19 août au vendredi 23 août 2024	
Lundi 22 juillet au vendredi 26 juillet 2024			

2.2 Fréquentation approximative (cochez) :

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi

2.3 Horaire approximatif :

Arrivée	Départ

L'horaire du camp de jour municipal est de 7 h 30 à 17 h 30.

3. AUTORISATIONS & MODALITÉS DE PAIEMENTS

3.1 Fiche des personnes autorisées à quitter avec l'enfant :

Nom complet de la personne autorisée	Lien avec l'enfant	Coordonnées complètes de la personne autorisée
		Tél. : Adresse :
		Tél. : Adresse :
		Tél. : Adresse :



Camp de jour

INVERNESS

J'autorise expressément les personnes nommées ci-dessus à venir chercher mon(mes) enfant(s) au *Camp de jour municipal* en mon absence, et ce, **pour toute la durée du camp de jour 2024**. Je comprends que la personne devra présenter une carte d'identité avec photo avant que mon(mes) enfant(s) ne lui soit remis. Mon(mes) enfant(s) n'a pas la permission de quitter avec une autre personne que celles mentionnées ci-dessus sans mon consentement écrit au préalable.

Nom du parent ou du tuteur

Date

Signature

3.2 Modalités de paiement

Votre (vos) enfant(s) sera inscrit officiellement sur réception du présent formulaire complété, accompagné du paiement et de la ou les fiche(s) santé. Nous acceptons les chèques, l'argent comptant et le paiement par carte débit. La Municipalité d'Inverness facturera des frais de 20 \$ pour tout chèque sans provision.

Vous avez la possibilité de payer en deux versements :

- 50 % au moment de l'inscription
- 50 % le 17 juin 2024 (chèque postdaté recommandé)

3.3 Modalités de remboursement

Pour les annulations survenant :

- **Avant le 30 avril**, vous pouvez obtenir un remboursement sans frais.
- **Entre le 1^{er} et le 31 mai**, il vous sera possible d'obtenir un remboursement de votre inscription, mais des frais d'annulation de 20 \$ par enfant seront appliqués.
- **À partir du 1^{er} juin**, aucun remboursement ne sera accordé sauf sur présentation d'un billet médical et aucun frais ne seront retenus.



Camp de jour

INVERNESS

FICHE SANTÉ

****à compléter pour chaque enfant****

Renseignements généraux sur l'enfant

Prénom de l'enfant :		Nom de l'enfant :	
Sexe : F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>	Date de naissance :		Âge :
Adresse :			
Numéro d'assurance maladie :			

Répondant(s) de l'enfant

Nom de la MÈRE :	Nom du PÈRE :
Téléphone (travail) :	Téléphone (travail) :
Cellulaire :	Cellulaire :
Téléphone à la maison :	Téléphone à la maison :
Courriel :	Courriel :

Personne à contacter en premier en cas d'URGENCE :

Mère Père Autre

Deux autres personnes à contacter en cas d'urgence

1re personne à contacter :	2e personne à contacter :
Lien avec l'enfant :	Lien avec l'enfant :
Téléphone à la maison :	Téléphone à la maison :
Téléphone cellulaire :	Téléphone cellulaire :
Téléphone au travail :	Téléphone au travail :
Courriel :	Courriel :



Camp de jour

INVERNESS

Conditions et allergies

Souffre-t-il des maux suivants		A-t-il des allergies?	
Asthme	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Rhume des foins	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Diabète	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Herbe à puce	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Épilepsie	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Piqûres d'insecte*	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Migraines	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Animaux*	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Autres, préciser :		Médicaments*	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
		Allergies alimentaires*	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
		*Préciser :	

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 la Municipalité d'Inverness à administrer, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline _____ à mon enfant : Oui Non

Signature du parent ou du tuteur : _____

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"/>	Préciser :

Si votre enfant doit prendre des médicaments, prendre note qu'il n'y aura aucune médication qui sera administrée par l'équipe du camp de jour d'Inverness.



Camp de jour

INVERNESS

Autres informations pertinentes

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

Votre enfant a-t-il besoin d'un VFI (veste de flottaison individuelle) lorsqu'il nage?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Préciser :	

Votre enfant a-t-il un suivi particulier pendant l'année (médecin spécialiste, CIUSS, technicien en éducation spécialisée, psychoéducateur, travailleur social, etc.)?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, préciser :	

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, préciser :	

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

Autorisation des parents ou du tuteur

- Étant donné que le camp de jour de la Municipalité d'Inverness 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 la Municipalité d'Inverness.

Oui Non

- Si des modifications concernant l'état de santé de mon enfant survenaient avant le début ou pendant la période du service de garde, je m'engage à transmettre cette information à la responsable du camp de jour, qui fera le suivi approprié avec l'animateur de mon enfant.

Oui Non



Camp de jour

INVERNESS

- En signant la présente, j'autorise le camp de jour de la Municipalité d'Inverness à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Si la responsable du camp de jour de la Municipalité d'Inverness le juge nécessaire, je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire.

Oui Non

- Je m'engage à collaborer avec la responsable du camp de jour de la Municipalité d'Inverness et à venir la rencontrer si le comportement de mon enfant nuit au bon déroulement des activités.

Oui Non

Nom du parent ou du tuteur

Date

Signature du parent ou du tuteur