

FICHE D'INSCRIPTION CAMP DE JOUR 2011

Nom du ou des enfants	Âge	Date de Naissance	No carte Accès-loisir	Année scolaire complétée au 23/06/11
1 ^{er}				
2 ^e				
3 ^e				

<u>Nom des parents</u>	
Mère	Père
Adresse de la mère	Adresse du Père
Code postal	Code postal
Tél. résidence :	Tél. résidence :
Tél. travail :	Tél. travail :
Tél. cellulaire ou autre :	Tél. cellulaire ou autre :
Numéro assurance sociale	Numéro assurance sociale
Obligatoire de l'inscrire à l'inscription pour obtenir un reçu d'impôt	Obligatoire de l'inscrire à l'inscription pour obtenir un reçu d'impôt
Frais de camp de jour partagés : %	Frais de camp de jour partagés : %

Votre enfant habite avec : les deux parents Maman Papa garde partagée autre

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant (les enfants) **autres que les parents**

Afin de promouvoir nos activités de camp de jour 2011, des photos seront prises lors de différentes activités. Permettez-vous aux responsables du camp de jour de publier des photos montrant votre enfant dans le journal, les publicités du Centre ou sur la page internet du CCDS?

OUI ____ **NON** ____

AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES

PROGRAMME ESTIVAL <u>Régulier</u> 4-10 ans	(9 h 00 à 16 h 00) (10% de rabais pour le 2^e, 3^e enfant etc...)	Nombre enfant	total	
				\$
	1 ^{er} enfant 235\$ À la semaine 125\$			\$
FORFAIT 6 SORTIES INCLUSES	1 ^{er} enfant 340\$			\$
FORFAIT 2 SORTIES INCLUSES	1 ^{er} enfant 280\$			\$
<u>Pré-Ados/Ados</u> 11-14 ans	1 ^{er} enfant 295\$ À la semaine 150\$			\$
FORFAIT 6 SORTIES INCLUSES	1 ^{er} enfant 400\$			\$
FORFAIT 2 SORTIES INCLUSES	1 ^{er} enfant 335			\$
« VIE ACTIVE »				
« ON VEDGE »				
<u>Sportif</u> 8-10 ans	1 ^{er} enfant 265\$ À la semaine 135\$			
FORFAIT 6 SORTIES INCLUSES	1 ^{er} enfant 370\$			
FORFAIT 2 SORTIES INCLUSES	1 ^{er} enfant 305\$			
<u>Les Arpents Verts</u> 8-10 ans	1 ^{er} enfant 310\$ À la semaine 135\$			
FORFAIT 6 SORTIES INCLUSES	1 ^{er} enfant 415\$			
FORFAIT 2 SORTIES INCLUSES	1 ^{er} enfant 350\$			
<u>Artistique</u> 7-9 ans	1 ^{er} enfant 270\$ À la semaine 135\$			\$
FORFAIT 6 SORTIES INCLUSES	1 ^{er} enfant 375\$			\$

FORFAIT 2 SORTIES INCLUSES	1 ^{er} enfant 310\$								\$
<u>Immersion Anglaise</u> 6-8 ans	1 ^{er} enfant 235\$ À la semaine 125\$								
FORFAIT 6 SORTIES INCLUSES	1 ^{er} enfant 340\$								
FORFAIT 2 SORTIES INCLUSES	1 ^{er} enfant 280\$								
<u>Sport Extrême</u> 11 À 14 ans	1 ^{er} enfant 325\$ À la semaine 175\$								
FORFAIT 6 SORTIES INCLUSES	1 ^{er} enfant 430\$								
FORFAIT 2 SORTIES INCLUSES	1 ^{er} enfant 365\$								
CHOIX DES SORTIES	PARC H2O	GLISSADE D'EAU ROUVILLE	CAMP PLEIN AIR	CACHE À L'EAU	FORT IVERNESS	GPS			
ACCOMPAGNEMENT	(9 h 00 à 16 h 00) Ajouter 125\$								\$
SERVICE DE GARDE									\$
	85\$ POUR 20 PÉRIODES 4.25\$/période								\$
	135\$ POUR 35 PÉRIODES 3.85\$/période								\$
	190\$ POUR L'ÉTÉ AM ET PM 2.71\$/période								\$
Carte accès-loisir (non résidant de Drummondville)						nombre d'enfants (_____ x 10 \$)			\$

Paiement : Chèques _____ Carte débit _____ Carte crédit _____ Comptant _____ **Total**

Numéros et dates des chèques postdatés

**T-Shirt du
Camp de jour**

Nombre de t-shirt reçu _____
Grandeur du/ des t-shirt remis _____

Initiales du
parent

FORMULAIRE D'AUTORISATION

FORMULAIRE D'INSCRIPTION DE TRANSPORT

Le Centre communautaire s'est doté d'une politique de prévention et d'intervention en matière d'abus sexuels. En ce sens, tous les bénévoles du centre, le personnel cadre et les animateurs/ moniteurs du camp de jour ont été soumis à un filtrage d'antécédents judiciaires afin d'assurer une sécurité aux utilisateurs. Subséquemment, la politique adoptée depuis janvier 2005 exige une autorisation de transport pour les utilisateurs mineurs. Merci de votre collaboration.

Par la présente, j'autorise mon enfant/ mes enfants

Nom du/des enfant(s)

À être transporté par **les animateurs / moniteurs et le personnel de soutien** du camp de jour 2011

Motif du transport : sorties spéciales et en cas d'urgence

Durée : du 27 juin au 12 août 2011 Signature du parent : _____

Info Piscine

Mon enfant doit porter une Veste de Flottaison Individuelle (VFI) en tout temps (rouge)

Pour la grandeur du VFI, s.v.p. cochez la case correspondant au poids de votre enfant

9-14 kg (20-30 lbs) 14-27 kg (30-60 lbs) 27-41 kg (60-90 lbs) 41 kg et +

Mon enfant doit demeurer dans la partie peu profonde de la piscine en tout temps (jaune)

Mon enfant doit porter ses flotteurs aux bras (**qu'il apportera avec lui**) en tout temps (vert)

Mon enfant peut participer à l'activité sans restriction. C'est-à-dire que mon enfant doit correspondre aux critères suivants :

- il a réussi le cours : « Croix-Rouge natation junior 3 »

ou

- il est capable de nager sans arrêt, sans aide flottante, sur une distance de 15 mètres (50')
- il est capable de mettre sa tête sous l'eau
- il est capable de sauter seul à partir du bord de la piscine
- il est capable de se maintenir à la surface de l'eau, sans aide flottante, pendant 30 secondes.

Signature du parent : _____

FICHE-SANTÉ

Votre enfant souffre-t-il :

1^{er} enfant :	2^e enfant :	3^e enfant :
numéro assurance maladie :	numéro assurance maladie :	numéro assurance maladie :
Asthme Si oui prend-il/elle des pompes?	Asthme Si oui prend-il/elle des pompes?	Asthme Si oui prend-il/elle des pompes?
Limitation physique s.v.p. précisez :	Limitation physique s.v.p. précisez :	Limitation physique s.v.p. précisez :
Handicap physique Précisez :	Handicap physique Précisez :	Handicap physique Précisez :
Handicap intellectuel Précisez :	Handicap intellectuel Précisez :	Handicap intellectuel Précisez :
Difficultés a participer à des activités physiques si oui lesquelles?	Difficultés a participer à des activités physiques si oui lesquelles?	Difficultés a participer à des activités physiques si oui lesquelles?
Intolérances alimentaires Si oui lesquelles?	Intolérances alimentaires si oui lesquelles?	Intolérances alimentaires si oui lesquelles?

Allergies : Lesquelles?	Allergies : Lesquelles?	Allergies : Lesquelles?
a-t-il/elle besoin d'un épipem?	a-t-il/elle besoin d'un épipem?	a-t-il/elle besoin d'un épipem?
Problème de vue? Porte-t-il/elle des lunettes/lentilles?	Problème de vue ? Porte-t-il/elle des lunettes ou lentilles ?	Problème de vue? Porte-t-il/elle des lunettes ou lentilles?
Problème d'ouïe? Porte -t-il /elle des appareils auditifs ?	Problème d'ouïe? Porte -t- il /elle des appareils auditifs ?	Problème d'ouïe? Porte -t- il /elle des appareils auditifs ?
Doit-il porter des orthèses?	Doit-il porter des orthèses?	Doit-il porter des orthèses?
Prise de médicaments Quotidiennement?	Prise de médicaments Quotidiennement?	Prise de médicaments Quotidiennement?

Un des enfants présente-t-il des problèmes de comportement ? Oui Non
Nom de l'enfant :

Expliquez-nous les troubles de votre enfant (dysphasie, hyperactivité)

Est-il suivi ou référé par un(e) intervenant(e) du CLSC, des Centres Jeunesse ou autre intervenant ?	Oui	Non
<i>Si oui, nous autorisez-vous à communiquer avec l'intervenant(e) de votre enfant ?</i>	<i>Oui</i>	<i>Non</i>

Nom de l'intervenant : _____ référé par : _____

Si votre enfant présente des troubles de comportement, il est important pour vous et votre enfant de nous le mentionner. Le CCDS se réserve le droit de refuser ou retirer un enfant si ce dernier présente du danger pour lui, les autres enfants ou le personnel du CCDS.

AFIN D'ACORDER LA PLUS GRANDE PRIORITÉ À LA SÉCURITÉ, VEUILLEZ NOUS INDIQUER SI VOTRE ENFANT À L'AUTORISATION DE QUITTER SEUL À 16H? ____ OUI ____ NON

Autres restrictions : _____

Le CCDS n'a pas le personnel nécessaire pour faire un contrôle de motivation d'absence à tous les matins. Si votre enfant est absent nous prenons pour acquis qu'il est chez vous. Nous ne ferons aucun contrôle individuel pour souligner l'absence de votre enfant.

Merci de votre collaboration

Signature du parent : _____ Date : _____

Administration de médicaments

J'autorise l'animateur/ moniteur ou le personnel de soutien du camp de jour 2011 à donner à
mon /mes enfants : _____

Le(s) médicament(s) suivant(s) : _____

Prescrit par : _____
(nom du médecin)

Selon la posologie suivante : _____

Durée de l'autorisation, du : _____ au _____ 2011

**Également, j'autorise le personnel du camp de jour à administrer du tylénool pour
enfant en cas de fièvre _____**

Signature du parent : _____ Date : _____