

# Camp de jour de New Richmond

## ☀ FORMULAIRE D'INSCRIPTION ☀ ÉTÉ 2017



### 1. IDENTIFICATION DE L'ENFANT

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Âge au 30 Septembre : \_\_\_\_\_  
Année Mois Jour

Dernière année d'études complétée : \_\_\_\_\_

Numéro d'assurance maladie : \_\_\_\_\_ Date d'expiration : \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Première expérience au camp? Oui  Non

Particularités à considérer en regard aux croyances ? Oui  Non  Lesquelles : \_\_\_\_\_

Maladie, allergie ou condition particulière : \_\_\_\_\_

Prise de médicament régulière avec ordonnance : \_\_\_\_\_

*\*Si votre enfant doit prendre une médication lorsqu'il est au camp de jour, vous devez nous remettre le médicament accompagné de la prescription.*

### 2. IDENTIFICATION DE L'AUTORITÉ PARENTALE

Prénom		Prénom	
Nom de famille		Nom de famille	
Lien avec l'enfant		Lien avec l'enfant	
Adresse		Adresse	
Téléphone	Maison	Téléphone	Maison
	Bur.		Bur.
	Cell.		Cell.
Courriel		Courriel	

### 3. CONTACT D'URGENCE (AUTRE QUE PARENTS)

Contact # 1		Contact # 2	
Nom		Nom	
Prénom		Prénom	
Lien avec l'enfant		Lien avec l'enfant	
Téléphone	Maison	Téléphone	Maison
	Bur.		Bur.
	Cell.		Cell.

### 4. IDENTIFICATION DES PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER VOTRE ENFANT :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Lien de parenté : \_\_\_\_\_ Téléphone rés. : \_\_\_\_\_  
Téléphone trav. : \_\_\_\_\_

*\* 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.*

### 5. MODALITÉ DE PAIEMENT

Des frais de garde devront être payés à la Ville de New Richmond. Votre enfant sera inscrit officiellement sur réception du présent formulaire rempli, accompagné du règlement. Nous acceptons les chèques et l'argent comptant. La Ville de New Richmond facturera des frais de 10 \$ pour tout chèque sans provision.

#### Le parent payeur sera le bénéficiaire pour les reçus d'impôt :

Donc, le reçu d'impôt doit être fait au nom : de la mère  ou du père

Numéro d'assurance sociale de la mère : (obligatoire pour votre relevé) : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Numéro d'assurance sociale du père : (obligatoire pour votre relevé) : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

#### Remboursement

Aucun remboursement ne sera effectué, excepté sur présentation d'un billet médical émis par un médecin

*J'ai pris connaissance des modalités de paiement, de remboursement et des généralités mentionnées dans ce document*

**Signature du parent ou du tuteur : \_\_\_\_\_**

## AUTORISATION PARENTALE

---

### 1. Crème solaire et chasse-moustiques

J'autorise les employés du camp de jour à appliquer de la crème solaire et/ou du chasse-moustiques au besoin à mon enfant.

Oui  Non

### 2. Prise de photos

J'autorise la coordonnatrice ou les animateurs à prendre des photos de mon enfant durant les activités du camp de jour dans le but de créer un album-souvenir et/ou d'en faire l'usage pour des publications futures (médias, dépliants, médias sociaux, site Internet).

Oui  Non

### 3. Autorisation pour quitter seul

Votre enfant est-il autorisé à partir seul :  
15 heures  Entre 15 h et 17 h 30

Oui  Non

### 4. Baignade

J'autorise mon enfant à participer aux activités de baignade :

Oui  Non

Mon enfant a besoin : veste flottaison  flotteurs  autre : \_\_\_\_\_

*Notez bien que lors des activités de baignade, le parent doit fournir l'équipement nécessaire afin que son enfant puisse se baigner. Le camp de jour ne fournit aucun équipement.*

### 5. Ambulance

En cas d'urgence, j'autorise le personnel du camp de jour à faire transporter mon enfant en ambulance au CSSS.

Oui  Non

*Le personnel du camp de jour contactera la personne désignée en cas d'urgence, si l'état de l'enfant le permet avant de contacter l'ambulance. Notez bien que le camp de jour n'assumera aucun frais pour le transport en ambulance. La facture sera envoyée par la compagnie d'ambulance au représentant de l'autorité parentale.*

### 6. Suivi médical

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

Oui  Non

\_\_\_\_\_ Date

\_\_\_\_\_ Signature du parent ou tuteur

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_ Prénom de l'enfant : \_\_\_\_\_

**Dans le but de connaître vos besoins et d'établir l'horaire, nous vous demandons de cocher les options qui vous conviennent :**

**■ CAMP DE JOUR**

*Tarif pour la période estivale 7 semaines*

Tarif à la journée (20 \$/jour)

Tarif à la semaine (50 \$/semaine)

Tarif à la semaine par famille (65 \$/semaine)

Tarif à la journée avec service de garde (25 \$/jour)

Tarif à la semaine avec service de garde (60 \$/semaine)

Tarif à la semaine par famille avec service de garde (85 \$/semaine)

Période couverte par le camp de jour : 9 h 00 à 16 h 00.

**■SERVICE DE GARDE**

De 7 h 30 à 9 h et de 16 h à 17 h 30, payable à la semaine. Une pénalité de 5 \$ par tranche de 5 minutes s'applique lorsqu'un enfant non inscrit au service de garde quitte après 16 h 00 et lorsqu'un enfant inscrit au service de garde quitte après 17 h 30.

Mon enfant utilisera le service de garde : oui  non

**Présence de votre enfant au :**

**■ Camp de jour**

Choix de la semaine	X
26 juin au 30 juin	
3 au 7 juillet	
10 au 14 juillet	
17 au 21 juillet	
24 au 28 juillet	
31 au 4 août	
7 au 11 août	

**■ Service de garde**

Choix de la semaine	X
26 juin au 30 juin	
3 au 7 juillet	
10 au 14 juillet	
17 au 21 juillet	
24 au 28 juillet	
31 au 4 août	
7 au 11 août	

**Signature du parent ou du tuteur :** \_\_\_\_\_

