

Service d'animation estivale 2019
FORMULAIRE D'INSCRIPTION – Saint-Isidore-de-Clifton

CLAUSE DE CONFIDENTIALITÉ Les renseignements fournis sont utilisés à des fins d'information auprès du personnel afin d'assurer la sécurité des participants.	N° de formulaire :
--	---------------------------

SECTION 1 - RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT (enfant)

Nom :	Prénom :	Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Âge :		
Adresse :	Ville :	Code postal :
Téléphone :	Autre téléphone :	
École primaire :	Année complétée au 30 juin :	

SECTION 2 - RENSEIGNEMENTS SUR LES RÉPONDANTS (parents ou tuteurs)

Nom :	Prénom :	Date de naissance : <input style="width: 100%;" type="text"/>
Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/>	Relevé 24 : % de répartition si 2 payeurs :	NAS : (aux fins d'émission du relevé 24) <input style="width: 100%;" type="text"/>
Téléphone résidence :	Travail :	Courriel :

Nom :	Prénom :	Date de naissance : <input style="width: 100%;" type="text"/>
Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/>	Relevé 24 : % de répartition si 2 payeurs :	NAS : (aux fins d'émission du relevé 24) <input style="width: 100%;" type="text"/>
Téléphone résidence :	Travail :	Courriel :

AUTRE PERSONNE À JOINDRE EN CAS D'URGENCE

Nom :	Lien :	Téléphone :

SECTION 3 - AUTORISATIONS DE DÉPART

J'autorise mon enfant à quitter le SAE **à pied** seul : Oui Non / **à vélo** seul : Oui Non

J'autorise mon enfant à quitter le SAE avec :

Prénom :	Nom :
Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Autre lien :	Numéro de téléphone d'urgence :

Prénom :	Nom :
Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Autre lien :	Numéro de téléphone d'urgence :

Prénom :	Nom :
Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Autre lien :	Numéro de téléphone d'urgence :

SECTION 4 – COÛTS ET SERVICES OFFERTS POUR VOTRE ENFANT

Inscription au camp de jour Du 25 juin au 16 août Fermé durant les deux semaines de la construction (du 22 juillet au 2 août). <input type="checkbox"/> Service régulier (6 semaines) 200 \$ <input type="checkbox"/> Service temps partiel (3 jours semaine) 150 \$	Inscription au Service de garde <input type="checkbox"/> Matin et soir <input type="checkbox"/> Matin seulement (7h à 9h) <input type="checkbox"/> Soir seulement (16 h 00 à 17 h30)
---	--

SECTION 5 – ADMINISTRATION – frais

Services choisis	Coûts total des services (indiquer le coût des services)
Camp de jour	\$
TOTAL POUR CE PARTICIPANT	\$

Modalité de paiement :	<input type="checkbox"/> comptant	<input type="checkbox"/> Chèque n° :	Date :
------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------	--------

Service d'animation estivale 2019
FORMULAIRE D'INSCRIPTION – Saint-Isidore-de-Clifton

SECTION 6 - MODALITÉS D'INSCRIPTION

- SUR PLACE lors de la SOIRÉE D'INSCRIPTION du 13 mai de 18 h 30 à 20 h, au bureau municipal.
- PAR LA POSTE en envoyant ce formulaire accompagné d'un chèque libellé au nom de la Municipalité de Saint-Isidore-de-Clifton. Le sceau de la poste confirmera la date d'envoi, et la réception du paiement confirmera l'inscription.
- **Date limite d'inscription : 3 juin**

MODALITÉS DE PAIEMENT

- EN ARGENT COMPTANT, sur place seulement, le paiement doit être fait en entier.
- PAR CHÈQUE, par la poste ou sur place, le paiement doit être fait en entier, soit :
 - **Un seul versement;**
 - **Deux versements sont acceptés**
 - 1^{er} chèque : daté de la soirée d'inscription;
 - 2^e chèque : postdaté du 21 juin.
 - **Prendre note que des frais de 5,00 \$, pour tout chèque sans provision, seront chargés.**

REMBOURSEMENT

Les frais d'inscription seront remboursés uniquement dans ces deux cas :

- Pour des raisons de santé, de blessure ou de maladie l'enfant ne peut poursuivre le SAE. Un certificat médical sera exigé.
- Lorsque l'activité est annulée par le SAE.

Les remboursements sont calculés selon la Loi en vigueur à l'Office de la protection du consommateur.

- Un avis écrit doit être envoyé à la municipalité de Saint-Isidore-de-Clifton. Le montant du remboursement est calculé à partir de la date de réception de l'avis. Le remboursement est appliqué sur les semaines non utilisées suivant la réception de l'avis.
- Des frais de 10 % sont conservés par le SAE pour les semaines annulées après le début du camp plus les frais de matériel (si applicable).

SECTION 7 – INFORMATIONS SUR LES SERVICES ET ACCEPTATION DES CONDITIONS

RECONNAISSANCE DES RISQUES INHÉRENTS À LA PRATIQUE D'ACTIVITÉS ET REFUS D'UN PARTICIPANT

- Je reconnais qu'il y a des risques inhérents à la pratique d'activités. Le camp n'est aucunement responsable de tout incident ou inconfort causé aux participants mentionnés sur le présent formulaire d'inscription.
- Le camp se réserve le droit de refuser un participant ou même d'annuler son inscription, sans remboursement, en raison d'informations inexacts ou insuffisantes ou pour des questions de sécurité envers lui-même ou les autres participants.
- Le camp se réserve le droit de refuser un participant pour les raisons suivantes : non paiement, non respect répétitif du code de vie ou informations inexacts sur le participant.

RÈGLES DE VIE AU CAMP DE JOUR ET AU SERVICE DE GARDE

Il est de votre responsabilité de prendre connaissance du code de vie de groupe afin d'en informer votre enfant. Si, par inadvertance, vous n'avez pas récupéré la documentation lors de l'inscription, vous devez tout de même en prendre connaissance en communiquant avec nous au numéro de téléphone suivant : **819-658-3637**

Ce code de vie stipule que certains comportements inadéquats peuvent faire l'objet d'une expulsion temporaire ou définitive selon le cas, et sans remboursement.

SERVICE DE GARDE de 7 h 00 à 9 h 00 et de 16 h 00 à 17 h 30.

Le service de garde a été mis sur pied afin de vous aider à concilier votre horaire de travail avec celui du camp de jour.

IMPORTANT : Si votre enfant n'est pas inscrit au service de garde, il n'est pas sous la responsabilité du camp. Par contre, pour leur sécurité ou au besoin (lors de mauvais temps ou pour aller aux toilettes), nos employés ont la consigne de faire entrer les enfants. Toutefois, une facture vous sera envoyée à raison de 5,00 \$ la fois.

- **PHOTO ET VIDÉO :** J'accepte que mon enfant soit pris en photo ou en vidéo et que le SAE puisse les utiliser gratuitement à des fins publicitaires dans ses documents :

Oui Non

Service d'animation estivale 2019
FORMULAIRE D'INSCRIPTION – Saint-Isidore-de-Clifton

FICHE SANTÉ

CLAUSE DE CONFIDENTIALITÉ

Les renseignements fournis sont utilisés à des fins d'information auprès du personnel afin d'assurer la sécurité des participants.

SECTION 8 - RENSEIGNEMENTS SUR VOTRE ENFANT

Nom :	Prénom :	Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Date de naissance : <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin-top: 5px;"></div>	Numéro d'assurance maladie : <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin-top: 5px;"></div>	Date d'expiration : <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin-top: 5px;"></div>

SECTION 9 - INFORMATION MÉDICALE SUR VOTRE ENFANT

Votre enfant prend-t-il des médicaments? Oui, remplir section 5

Votre enfant souffre-t-il d'allergies sévères? Oui, remplir section 6 Non

Veillez identifier les allergies, malaises, maladies ou autres particularités :

<input type="checkbox"/> Allergie légère : _____ <input type="checkbox"/> Asthme : <input type="checkbox"/> pompe <input type="checkbox"/> Diabète : <input type="checkbox"/> insuline <input type="checkbox"/> Épilepsie <input type="checkbox"/> Eczéma <input type="checkbox"/> Hyperactivité/TDAH	<input type="checkbox"/> Troubles cardiaques <input type="checkbox"/> Troubles visuels : <input type="checkbox"/> Lunettes <input type="checkbox"/> lentilles <input type="checkbox"/> Troubles auditifs : <input type="checkbox"/> Appareil <input type="checkbox"/> Troubles moteurs : <input type="checkbox"/> Appareil d'appui <input type="checkbox"/> Troubles de langage <input type="checkbox"/> Dysphasie <input type="checkbox"/> Handicap physique : _____ <input type="checkbox"/> Handicap intellectuel : _____
--	--

Autres : _____

Si vous avez coché une ou plusieurs cases plus haut, veuillez en faire une description détaillée de cette situation santé. (toutes les informations sont pertinentes pour la sécurité de votre enfant)
Exemple : Épilepsie : Type de crise, fréquence, durée, moment dans la journée, sa médication (voir tableau plus bas), son médecin, interventions pratiquées lors d'une crise, etc.

SECTION 10 : AUTRES INFORMATIONS SUR VOTRE ENFANT

À quelle école va-t-il?

Est-il dans une classe à effectif réduit? Oui Non

Peut-il fuguer? Oui Non

A-t-il des difficultés relationnelles ou affectives? Oui Non

Comment l'enfant se comporte-t-il à l'école, dans son milieu familial et social?

Votre enfant sait-il nager? Oui Non Avec aide? Oui Non

Mon enfant doit nager en tout temps avec : Veste de flottaison / bouée

Souffre-t-il de phobie (peur) _____ et/ou de vertige? Oui Non

Veillez nous indiquer toutes informations pertinentes pour nous aider à mieux encadrer votre enfant :

Service d'animation estivale 2019
FORMULAIRE D'INSCRIPTION – Saint-Isidore-de-Clifton

FICHE SANTÉ (suite)

SECTION 11 : SEULS LES MÉDICAMENTS PRESCRITS PAR UN SPÉCIALISTE DE LA SANTÉ SERONT ADMINISTRÉS

Identification de la médication:

Nom du médicament	Dose (nbre ou miligramme)	Heure du traitement	Couleur	Endroit d'application	Raison/maladie
Ex : RITALIN	2 capelets	10 h 30	Blanche	Avaler avec de l'eau	Hyperactivité

Décrire les soins ou l'attention particulière à apporter :

SECTION 12 : ALLERGIES GRAVES

De quelle allergie souffre votre enfant? _____

Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Epipen, Ana-kit) : Oui Non

Si oui, qui est autorisé à conserver et à administrer ce médicament, et selon quelle posologie?

- L'enfant lui-même (auto-administration)
- Animateur de l'enfant
- Toute personne adulte responsable (ex. : coordonnateur, gestionnaire, ambulanciers, etc.)

POSOLOGIE : _____

Autres informations :

SECTION 13 - ATTESTATION ET AUTORISATION

Légalement, aucun médicament ne peut être administré par le personnel d'animation. Le participant doit être capable de prendre seul ses médicaments. Cependant, nous autorisons le personnel à prendre toutes les mesures qu'il jugera nécessaires dans l'éventualité d'un problème de santé.

Je dégage le Service d'animation estivale et ses employés de toutes responsabilités en lien aux soins prodigués à mon enfant.

J'autorise les responsables du camp de jour à prendre les mesures nécessaires en cas d'urgence (premiers soins, ambulance, par exemple). Oui Non

Je reconnais que pour assurer aux enfants un séjour sécuritaire et de qualité, le Service d'animation estivale se doit d'obtenir, au sujet des enfants, les informations les plus complètes possibles. Par la présente, je déclare que toutes les informations requises ont été fournies pour permettre l'inscription de (votre enfant) _____ au SAE, et que ces informations sont exactes et complètes.

Le Service d'animation estivale n'est aucunement responsable de tout incident ou inconfort causé à l'enfant ci-dessus mentionné et se réserve le droit de refuser un enfant ou ne plus l'accepter en raison d'informations inexacts ou insuffisantes et même annuler son inscription.

Signature du parent

Date

- J'ai lu et compris les sections 6 et 7 du présent formulaire
- J'ai reçu le guide d'accueil