

## PARTICIPANT – INFORMATIONS PERSONNELLES

Prénom :		Nom :	
Date de naissance :	Âge :	Année scolaire en cours :	
Adresse :			
Ville :		Téléphone :	
No. d'assurance maladie :		Date d'expiration :	
Nom de la mère :		Nom du père :	
*Courriel <b>Obligatoire</b> :		*Courriel <b>Obligatoire</b> :	
Employeur :		Employeur :	

## PERSONNES À JOINDRE EN CAS D'URGENCE

Nom du parent :	Téléphone :	Cellulaire :
Nom du parent :	Téléphone :	Cellulaire :
Urgence (autre que le père ou la mère) :	Téléphone :	Cellulaire :

## PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT

J'autorise mon enfant à quitter seul à 16h.

Nom :	Lien avec l'enfant :
Nom :	Lien avec l'enfant :

## INSCRIPTIONS – COCHEZ LES SEMAINES AUXQUELLES VOUS SOUHAITEZ INSCRIRE VOTRE ENFANT

Semaine	Date	Inscription
1	Du 29 juin au 3 juillet 2020	<input type="checkbox"/>
2	Du 6 au 10 juillet 2020	<input type="checkbox"/>
3	Du 13 au 17 juillet 2020	<input type="checkbox"/>
4	Du 20 au 24 juillet 2020	<input type="checkbox"/>
5	Du 27 au 31 juillet 2020	<input type="checkbox"/>
6	Du 3 au 7 août 2020	<input type="checkbox"/>
7	Du 10 au 14 août	<input type="checkbox"/>

## AUTORISATION DU PARENT

	NON	OUI
1. J'autorise mon enfant à aller dans la piscine. <i>À noter que tous les enfants autorisés passeront un examen de nage qui sera supervisé par un sauveteur. Ce dernier déterminera si l'enfant doit porter une veste de flottaison.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. J'autorise le personnel à utiliser les photos/vidéos de mon enfant prises durant l'été	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**RELEVÉ 24 POUR FINS D'IMPÔTS (le numéro d'assurance sociale est obligatoire pour émettre le relevé 24)**

Nom et prénom du <b>payeur</b> :		Numéro d'assurance sociale du <b>payeur</b> :	
Adresse (si différente de celle de l'enfant) :		Code postal :	
Montant ou pourcentage à répartir :			

**RELEVÉ 24 POUR FINS D'IMPÔTS (le numéro d'assurance sociale est obligatoire pour émettre le relevé 24)**

Nom et prénom du <b>payeur</b> :		Numéro d'assurance sociale du <b>payeur</b> :	
Adresse (si différente de celle de l'enfant) :		Code postal :	
Montant ou pourcentage à répartir :			

Je certifie que j'ai pris connaissance du contrat d'engagement et je m'engage à le respecter. Je vous confirme également que toutes les informations fournies sur la fiche d'inscription sont exactes.

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

\_\_\_\_\_  
Date

COÛT TOTAL : \_\_\_\_\_ \$

**REÇU OFFICIEL**

Paiement reçu : \_\_\_\_\_ \$

Chèque

Argent comptant

Carte de débit



Chèque postdaté \_\_\_\_\_ \$

En date du \_\_\_\_\_ 2020

\_\_\_\_\_  
Préposée « Ville de Berthierville »

\_\_\_\_\_  
Date

**1. Remboursement**

**Avant la tenue du camp de jour**

Avant le 26 juin, un remboursement complet – peu importe la raison - sera accordé sans pénalité.

**COVID-19** | La priorité d'inscription est donnée aux familles dont les deux parents doivent travailler cet été. En cas de doute, et ce même après l'inscription officielle, une preuve pourra être demandée de la part des parents. Si les parents ne sont pas en mesure de fournir cette preuve, l'inscription de l'enfant pourrait être annulée et remboursée.

Advenant le cas où la situation évolue et qu'il ne soit plus possible ou permis de tenir un camp de jour par la Ville, l'ensemble des participants sera remboursé au prorata des journées/semaines non utilisées si l'annulation est directement liée à la pandémie.

**Pendant la tenue du camp de jour**

Après le 26 juin, un remboursement sera effectué, au prorata des journées non utilisées, moins une pénalité. Cette pénalité correspond au plus petit de ces deux montants : 50\$ ou 10% des services qui n'ont pas été fournis.

**COVID-19** | Dans l'éventualité où un ou plusieurs enfants doivent être retirés du camp de jour en raison d'une contamination supposée ou confirmée à la COVID-19, l'ensemble des participants sera remboursé au prorata des journées/semaines non utilisées, sans pénalité.

**2. Discipline**

Le personnel du camp de jour se réserve le droit de suspendre et/ou d'exclure un enfant qui ne se conforme pas aux règles établies ou qui perturbe le groupe.

**3. Accidents**

Malgré la meilleure volonté, la participation à des activités sportives ou autres comporte des risques inhérents à la pratique. Il est bien entendu que le personnel qualifié va tenter d'éliminer les risques d'accident.

**4. Frais de retard**

Des frais de retard de 5\$ par tranche de 5 minutes seront facturés.

**5. Responsabilités**

La Ville de Berthierville et le personnel du camp de jour se dégagent de toutes responsabilités en ce qui a trait à la perte ou le vol d'objets personnels ainsi qu'aux blessures corporelles dues à la pratique d'activités sportives ou autres.

**6. Respect envers nos employés**

Nous ne tolérons d'aucune façon la violence verbale ou physique de la part des parents envers notre personnel. Si vous désirez porter plainte envers nos employés, veuillez en faire part au coordonnateur du camp de jour ou à la direction du service des loisirs (450 836-7035 poste 4004).

**7. Ambulance**

La décision d'appeler l'ambulance ou non en cas d'urgence sera laissée au jugement du personnel du camp de jour et les frais de transport ambulanciers seront assumés par les parents.

**RECONNAISSANCE DE RISQUES**

Je soussigné(e), reconnais les aspects suivants se rapportant à la participation de mon enfant aux activités du camp de jour de la Ville de Berthierville.

- a) Je connais la nature des activités en question et j'accepte qu'il y ait toujours un risque de blessures graves et même de mort associé à la participation de mon enfant à toutes les activités récréatives organisées par la Ville de Berthierville dans le cadre du camp de jour qui se déroulera du 29 juin au 14 août 2020.
- b) Je comprends que toutes les règles de sécurité applicables à la participation de mon enfant au camp de jour doivent être suivies.
- c) Si à quelque moment que ce soit, j'ai le sentiment ou si j'observe une situation non sécuritaire ou comportant un danger inhabituel, je retirerai immédiatement mon enfant et j'aviserai les autorités les plus proches. Il en sera de même si mon enfant éprouve des difficultés au niveau de sa condition physique, émotionnelle ou mentale ou au niveau de l'équipement utilisé.

En foi de quoi j'ai signé à Berthierville, ce \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 2020.

Nom de l'enfant en lettres moulées

Nom du parent en lettres moulées

Signature du parent

# FICHE DE SANTÉ DE L'ENFANT

Afin de nous assurer de bien répondre aux besoins de tous, il est important de déclarer toute situation particulière

<b>NOM DE L'ENFANT</b>			
<b>Votre enfant présente-t-il?</b>	<b>NON</b>	<b>OUI</b>	<b>Précisions</b> (Veuillez prendre note que le personnel n'administre pas de médicaments).
Allergies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autres maladies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autres besoins particuliers?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, veuillez cocher : <input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle <input type="checkbox"/> Trouble du langage <input type="checkbox"/> TSA <input type="checkbox"/> TDAH <input type="checkbox"/> Déficience motrice <input type="checkbox"/> Déficience visuelle <input type="checkbox"/> Déficience auditive <input type="checkbox"/> Santé mentale
Votre enfant nécessite-t-il un accompagnement (besoin d'accompagnement) pour fonctionner dans un groupe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			Autres (veuillez préciser) : <input style="width: 100%;" type="text"/>  Si vous répondez <b>oui</b> à cette question, vous devez savoir qu'une nouvelle structure d'accueil est mise en place afin de bien répondre aux besoins particuliers des enfants. Vous devrez alors compléter un questionnaire complémentaire.

## AUTORISATION DE COMMUNIQUER DES RENSEIGNEMENTS (À COMPLÉTER SI L'ENFANT A DES BESOINS PARTICULIERS)

Par la présente, j'autorise les responsables du Camp de jour à entrer en contact avec notre intervenant(e) du CLSC,  Nom de l'intervenant(e)  
pour les questions entourant le suivi du camp de jour de mon enfant.

Oui     Non

Par la présente, j'autorise les responsables du Camp de jour à entrer en contact avec mon intervenant(e), des services de réadaptation (Myriade ou Bouclier) du Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière (CISSSLan) pour les questions entourant l'intégration de mon camp de jour de mon enfant.  Nom de l'intervenant(e)

Oui     Non     Ne s'applique pas car nous ne recevons pas de service de réadaptation présentement

Par la présente, j'autorise les responsables du Camp de jour et les intervenants du CLSC à transmettre les informations contenues au présent questionnaire aux partenaires en soutien concernant le suivi du camp de jour de mon enfant (ex. : service de réadaptation).

Oui     Non     Ne s'applique pas

Par la présente, j'autorise les responsables du Camp de jour à entrer en contact avec le personnel de l'école (enseignant ou services complémentaires) pour les questions entourant le suivi du camp de jour de mon enfant.

Oui     Non     Ne s'applique pas

École		Noms des personnes à contacter	
-------	--	--------------------------------	--

<b>Signature du parent</b>	
----------------------------	--