

PARTICIPANT – INFORMATIONS PERSONNELLES

| | | | |
|---------------------|-------|---------------------------|--|
| Prénom : | | Nom : | |
| Date de naissance : | Âge : | Année scolaire en cours : | |
| Adresse : | | | |
| Ville : | | Téléphone : | |

SECTION PARENTS - COORDONNÉES

| | | |
|--------------------------|--------------------------|-----------------------------------|
| Nom du parent : | Nom du parent : | Urgence (autre que les parents) : |
| Téléphone 1 : | Téléphone 1 : | Téléphone 1 : |
| Téléphone 2 : | Téléphone 2 : | Téléphone 2 : |
| Courriel (obligatoire) : | Courriel (obligatoire) : | Lien avec l'enfant : |

PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER VOTRE ENFANT AUTRES QUE LES PARENTS

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 | Choix | Heure d'arrivée prévue <small>(Écrire IDEM si l'heure prévue est la même pour toutes les semaines)</small> | Heure de départ prévue <small>(Écrire IDEM si l'heure prévue est la même pour toutes les semaines)</small> |
|---------|------------------------------|-------|---|---|
| 1 | Du 28 juin au 2 juillet 2021 | | | |
| 2 | Du 5 au 9 juillet 2021 | | | |
| 3 | Du 12 au 16 juillet 2021 | | | |
| 4 | Du 19 au 23 juillet 2021 | | | |
| 5 | Du 26 au 30 juillet 2021 | | | |
| 6 | Du 2 au 6 août 2021 | | | |
| 7 | Du 9 au 13 août 2021 | | | |

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> | | |
| 2. J'autorise le personnel à utiliser les photos/vidéos de mon enfant prises durant l'été | | |

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

| | | | |
|--|--|---|--|
| Nom et prénom du payeur : | | Numéro d'assurance sociale du payeur : | |
| 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 payeur : | | Numéro d'assurance sociale du payeur : | |
| 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 : _____ \$

Paiement reçu : _____ \$

Chèque postdaté _____ \$

Chèque

Argent comptant

Carte de débit

En date du _____ 2021

REÇU OFFICIEL

Ces paiements sont acceptés seulement sur les heures d'ouverture de la réception de l'hôtel de ville.



Préposée « Ville de Berthierville »

Date

1. Remboursement

Avant la tenue du camp de jour

Avant le 28 juin, un remboursement complet – peu importe la raison – sera accordé sans pénalité.

Pendant la tenue du camp de jour

Après le 28 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 28 juin au 13 août 2021.
- 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 _____ 2021.

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

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--------------------|---------------------|--|---------------------------|--------------------|-----|------|--------------------|---------------------|---------------------|---------------|--|---|--|--|
| NOM DE L'ENFANT | | | | | | | | | | | | | | | |
| Votre enfant présente-t-il? | NON | OUI | Précisions (Veuillez prendre note que le personnel n'administre pas de médicaments). | | | | | | | | | | | | |
| Allergies | | | | | | | | | | | | | | | |
| Autres maladies | | | | | | | | | | | | | | | |
| Autres besoins particuliers? Votre enfant nécessite-t-il un accompagnement (besoin d'accompagnement) pour fonctionner dans un groupe? | | | Si oui, veuillez cocher : <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">Déficience intellectuelle</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">Trouble du langage</td> <td style="padding: 5px;">TSA</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">TDAH</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">Déficience motrice</td> <td style="padding: 5px;">Déficience visuelle</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">Déficience auditive</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">Santé mentale</td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 5px;">Autres (veuillez préciser) : <input style="width: 80%;" type="text"/></td> </tr> </table> <p style="font-size: small; margin-top: 5px;">Si vous répondez oui 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.</p> | Déficience intellectuelle | Trouble du langage | TSA | TDAH | Déficience motrice | Déficience visuelle | Déficience auditive | Santé mentale | | Autres (veuillez préciser) : <input style="width: 80%;" type="text"/> | | |
| Déficience intellectuelle | Trouble du langage | TSA | | | | | | | | | | | | | |
| TDAH | Déficience motrice | Déficience visuelle | | | | | | | | | | | | | |
| Déficience auditive | Santé mentale | | | | | | | | | | | | | | |
| Autres (veuillez préciser) : <input style="width: 80%;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | |

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,
pour les questions entourant le suivi du camp de jour de mon enfant. Nom de l'intervenant(e)

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 (CISSSL) 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 | |
|-------|--|--------------------------------|--|

| | |
|----------------------------|--|
| Signature du parent | |
|----------------------------|--|