

CAMP DE JOUR 2018 FICHE D'INSCRIPTION

PARTICIPANT – INFORMATIONS PERSONNELLES			
Prénom :		Nom :	
Adresse :		Ville :	
Date de naissance :	Âge :	Téléphone :	
No. d'assurance maladie :		Date d'expiration :	
Nom de la mère :		Nom du père :	
Courriel du parent (facultatif) :		Année scolaire en cours :	

NOMBRE DE JOURS PAR SEMAINE (cochez)					GRANDEUR DU CHANDAIL (cochez)			
Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Petit	Moyen	Grand	Très Grand

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 :

AUTORISATION DU PARENT POUR LA BAIGNADE	NON	OUI
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 et c'est ce dernier qui détermine si l'enfant doit porter une veste de flottaison.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AUTORISATION DU PARENT (PHOTOS ET VIDÉOS)	NON	OUI
J'autorise le personnel à utiliser les photos/vidéos de mon enfant prises durant l'été	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Je certifie que j'ai pris connaissance du contrat d'engagement à l'endos du présent document 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

CONTRAT D'ENGAGEMENT – CAMP DE JOUR 2018

1. Remboursement

Il n'y aura **aucun remboursement** pour les frais d'inscription et les frais de voyage, quelle qu'en soit la raison. Il en va de même pour les jeunes qui ont dû être retournés chez eux pour mauvaise conduite.

2. Discipline

Le personnel du camp de jour se réserve le droit de retourner chez lui tout 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. Surveillance

Le personnel du camp de jour assurera à votre enfant une surveillance adéquate de 7h30 à 17h30. Nous ne pouvons assumer la surveillance des jeunes en dehors de l'horaire prévu.

5. Frais de retard

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

6. 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.

7. 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 au directeur du service des loisirs, M. Alexandre Salois-Lapointe (450-836-7035 #4004).

8. Voyages

Le personnel prendra les mesures nécessaires pour assurer la surveillance et le confort des jeunes lors des voyages. Les parents doivent défrayer les frais de voyage avant la **date limite et payer en argent**.

9. 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.

**POUR FINS D'IMPÔTS - À noter que le numéro d'assurance sociale est obligatoire pour émettre un RELEVÉ 24.
À défaut de l'indiquer, aucun reçu d'impôts ne sera émis.**

Nom et prénom
du **payeur**:

Numéro d'assurance
sociale du **payeur** :

Adresse (si différente de celle de l'enfant) :

Code postal :

TARIFICATION 2018

Lieu de résidence	2 jours/semaine	4 jours/semaine	5 jours/semaine
Berthierville			
1 ^{er} enfant	280\$	345\$	375\$
2 ^e enfant et plus	240\$	305\$	325\$
Autres municipalités	565\$	700\$	750\$

COÛT TOTAL : _____ \$

REÇU OFFICIEL

Paiement reçu : _____ \$

Payé par chèque

Payé en argent

Chèque postdaté _____ \$

Daté du _____ 2018



Préposée « Ville de Berthierville »

Date

FICHE DE SANTÉ DE L'ENFANT

NOM DE L'ENFANT	
------------------------	--

Afin de nous assurer de bien répondre aux besoins de tous, il est important de déclarer toute situation particulière												
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?			<p>Si oui, veuillez cocher :</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;"><input type="radio"/> Déficience intellectuelle</td> <td style="width: 33%;"><input type="radio"/> Trouble du langage</td> <td style="width: 33%;"><input type="radio"/> TSA</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> TDAH</td> <td><input type="radio"/> Déficience motrice</td> <td><input type="radio"/> Déficience visuelle</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Déficience auditive</td> <td><input type="radio"/> Santé mentale</td> <td></td> </tr> </table> <p>Autres (veuillez préciser) : <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p style="font-size: small;">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>	<input type="radio"/> Déficience intellectuelle	<input type="radio"/> Trouble du langage	<input type="radio"/> TSA	<input type="radio"/> TDAH	<input type="radio"/> Déficience motrice	<input type="radio"/> Déficience visuelle	<input type="radio"/> Déficience auditive	<input type="radio"/> Santé mentale	
<input type="radio"/> Déficience intellectuelle	<input type="radio"/> Trouble du langage	<input type="radio"/> TSA										
<input type="radio"/> TDAH	<input type="radio"/> Déficience motrice	<input type="radio"/> Déficience visuelle										
<input type="radio"/> Déficience auditive	<input type="radio"/> Santé mentale											

Autorisation de communiquer des renseignements

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)

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

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.

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

Oui Non Ne s'applique pas

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

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 25 juin au 17 août 2018.
- 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 _____ 2018.

Nom de l'enfant en lettres moulées

Nom du parent en lettres moulées

Signature du parent

Nom du témoin en lettres moulées

Signature du témoin

*Le témoin est une personne de votre choix.