

Les Loisirs de Sainte-Brigide-d'Iberville inc.

INSCRIPTION AU CAMP DE JOUR ET AU SERVICE DE GARDE 2018

Le Camp de jour se tiendra du 26 juin au 24 août 2018 (9 semaines), du lundi au vendredi, **de 9 h à 16 h.**

Le coût est de 280 \$ pour le 1^{er} enfant, 265 \$ pour le 2^e enfant et 250 \$ pour le 3^e enfant pour l'été, incluant les sorties.

Le chandail est 12 \$; ceux qui ont acheté le chandail l'été passé n'ont pas besoin d'en acheter un autre.

Un service de garde sera offert de **6 h 30 à 9 h** et de **16 h à 18 h** au coût de **25 \$ par semaine** si l'enfant est inscrit au service de garde **pour les 9 semaines**. Le coût sera de **30 \$ par semaine** si l'enfant est inscrit au service de garde « **à la semaine** ». Après 18 h, le coût sera de 6 \$ / 15 minutes.

VOICI LES TROIS FAÇONS D'INSCRIRE VOTRE OU VOS ENFANT(S) AU CAMP DE JOUR ET AU SERVICE DE GARDE 2018 :

- 1 - Au bureau municipal, durant les heures d'ouverture, du 23 avril au 25 mai 2018 (du lundi au vendredi);
- 2 - Dans la boîte à courrier de la Municipalité (à l'extérieur, près de la porte d'entrée du bureau de poste) en y déposant la fiche d'inscription avec le paiement (chèque à l'ordre des Loisirs de Sainte-Brigide-d'Iberville inc.);
- 3 - Par la poste (555, rue Principale) en incluant la fiche d'inscription ainsi que le paiement (chèque à l'ordre des Loisirs de Sainte-Brigide-d'Iberville inc.).

Les formulaires (inscription et fiche santé) sont disponibles sur le site Internet de la Municipalité de Sainte-Brigide-d'Iberville sous la rubrique « Loisirs – Camp de jour » et au bureau municipal.

Le paiement peut être fait en deux versements : 1^{er} versement **OBLIGATOIRE** le 25 mai 2018 et 2^e versement le 18 juin 2018. Toute inscription après le 25 mai 2018 donnera lieu à une pénalité de 20 \$.

Un reçu des Loisirs de Sainte-Brigide-d'Iberville inc. vous sera émis. Pour information, communiquez avec Danik Desbiens au bureau municipal au 450 293-7511 ou par courriel à reception@sainte-brigide.qc.ca.



LES LOISIRS DE SAINTE-BRIGIDE-D'IBERVILLE-D'IBERVILLE INC.

CAMP DE JOUR 2018

FICHE D'INSCRIPTION

1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR L'ENFANT

Nom de famille:		Sexe: M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
Prénom:		Date de naissance:	J / M / A
Adresse:		Âge au 30 septembre:	
		Dernière année d'études complétée:	
Code postal:		T-shirt acheté l'été passé <input type="checkbox"/>	
		T-shirt sera acheté cette année <input type="checkbox"/>	
		Taille de t-shirt (cochez): P <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	

2. PARENTS OU TUTEUR

Nom du père:	Nom de la mère:
Adresse:	Adresse:
Téléphone: (Rés.)	Téléphone: (Rés.)
(Bur.)	(Bur.)
(Cell.)	(Cell.)
Courriel:	Courriel:
GARDE de l'enfant	
Père et mère <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Partagée <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/>	

3. CHOIX DE SESSION DU 26 juin au 24 août 2018 (9 semaines) Cochez

280 \$/1^{er} enfant 265 \$/2^e enfant 250 \$/3^e enfant

Cochez	Dates	Tarif	Cochez	Dates	Tarif
<input type="checkbox"/>	1) 26 juin au 29 juin	65 \$+ sortie	<input type="checkbox"/>	5) 23 juillet au 27 juillet	65 \$+ sortie
<input type="checkbox"/>	2) 2 juillet au 6 juillet	65 \$+ sortie	<input type="checkbox"/>	6) 30 juillet au 3 août	65 \$+ sortie
<input type="checkbox"/>	3) 9 juillet au 13 juillet	65 \$+ sortie	<input type="checkbox"/>	7) 6 août au 10 août	65 \$+ sortie
<input type="checkbox"/>	4) 16 juillet au 20 juillet	65 \$+ sortie	<input type="checkbox"/>	8) 13 août au 17 août	65 \$+ sortie
				9) 20 août au 24 août	65 \$ + sortie

4. SERVICE DE GARDE

Votre enfant fréquentera-t-il le service de garde?	
Le matin: Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Le soir: Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Si OUI , qui est autorisé à aller le chercher le soir (autre que l'un des deux parents)?*	
Prénom:	Nom:
Lien avec l'enfant:	Mon enfant est AUTORISÉ à partir seul le soir. Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Pour émission du relevé 24	NAS:
Nom du parent payeur:	

* 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.

Nom du parent ou tuteur

Signature du parent ou tuteur

Date de la signature: _____

LES LOISIRS DE SAINTE-BRIGIDE-D'IBERVILLE-D'IBERVILLE INC.

CAMP DE JOUR 2018 - FICHE SANTÉ

Vous devez nous retourner la fiche santé avec votre formulaire d'inscription.

S.V.P. remplir une fiche par enfant.

1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR L'ENFANT

Nom de l'enfant:		Sexe:	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Prénom:		Date de naissance:	J / M / A
Adresse:		Âge au 30 septembre:	
		N° d'assurance-maladie (enfant):	
Code postal:		Date d'expiration:	
Téléphone:		Clinique ou hôpital:	
Nom du médecin traitant:			
Téléphone du médecin:			

2. EN CAS D'URGENCE

Personne à joindre en cas d'URGENCE:	
Père et mère <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/>	
Deux autres personnes à joindre en cas d'URGENCE:	
Prénom et nom:	Prénom et nom:
Lien avec l'enfant:	Lien avec l'enfant:
Téléphone (rés.):	Téléphone (rés.):
Téléphone (autre):	Téléphone (autre):

3. ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Votre enfant a-t-il déjà subi une intervention chirurgicale?		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Si oui,			
Date:	Raison:		
Blessures graves		Maladies chroniques ou récurrentes	
Date:		Date:	
Décrire:		Décrire:	
A-t-il déjà eu les maladies suivantes?		Souffre-t-il des maux suivants?	
Varicelle	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Asthme	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Oreillons	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Diabète	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Scarlatine	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Épilepsie	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Rougeole	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Migraines	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Autres, préciser:		Autres, préciser:	

4. VACCINS ET ALLERGIES

A-t-il reçu les vaccins suivants?		Date	A-t-il des allergies?	
Tétanos	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Rhume des foies	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Rougeole	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Herbe à puce	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Rubéole	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Piqûres d'insectes	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Oreillons	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Animaux*	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Polio	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Médicaments*	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Autres, préciser:			*Préciser:	

Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Epipen, Ana-Kit) en raison de ses allergies?
Oui Non

À SIGNER SI VOTRE ENFANT A UNE DOSE D'ADRÉNALINE

Par la présente, j'autorise les personnes désignées par le Camp de jour à administrer, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline _____ à mon enfant.

Signature du parent ou du tuteur

5. MÉDICAMENTS

Votre enfant prend-il des médicaments?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, noms des médicaments:	Posologie:
Les prend-il lui-même? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Préciser:

Si votre enfant doit prendre des médicaments, vous devrez, à votre arrivée au Camp de jour, remplir un formulaire d'autorisation de prise de médicaments afin que les responsables puissent distribuer les médicaments prescrits à votre enfant.

6. AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES (UTILISEZ LES ÉNONCÉS APPLICABLES À VOTRE SITUATION)

Les questions qui suivent nous aideront à mieux intervenir auprès de votre enfant.

Votre enfant a-t-il besoin de surveillance constante dans l'eau?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Préciser:	
Votre enfant présente-t-il des problèmes de comportement?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, décrire:	
Votre enfant mange-t-il normalement?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si non, décrire:	
Votre enfant porte-t-il des prothèses?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, décrire:	
Y a-t-il des activités auxquelles votre enfant ne peut pas participer ou seulement moyennant certaines conditions?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, expliquer:	
Fille: A-t-elle commencé à être menstruée? Oui <input type="checkbox"/> Non, et elle n'est pas renseignée <input type="checkbox"/> Non, mais elle est renseignée <input type="checkbox"/>	
Y a-t-il des considérations particulières à ce sujet?	

7. MÉDICAMENTS EN VENTE LIBRE (SI APPLICABLE)

J'autorise le personnel du Camp de jour à administrer à mon enfant, si nécessaire, un ou plusieurs médicaments sans ordonnance en vente libre.

Cocher les médicaments:

- Acétaminophène (Tylenol, Tempra)
- Antiémétique (Gravol)
- Antihistaminique (Benadryl, Reactine)
- Anti-inflammatoire (Advil)
- Sirop contre la toux
- Antibiotique en crème (Polysporin)
- Autres, préciser: _____

Signature du parent ou du tuteur: _____ Date: _____

Veillez prendre note que toutes les informations concernant l'état de santé de votre enfant demeureront confidentielles. Elles seront transmises uniquement à son animateur et à son responsable afin de permettre un meilleur encadrement ainsi qu'une intervention plus efficace en cas d'urgence.

8. AUTORISATION DES PARENTS

- Si des modifications concernant l'état de santé de mon enfant survenaient avant le début ou pendant la période du Camp de jour, je m'engage à transmettre cette information à la direction du Camp de jour qui fera le suivi approprié avec l'animateur de mon enfant.
- En signant la présente, j'autorise le Camp de jour de Sainte-Brigide-d'Iberville à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Si la direction du Camp de jour de Sainte-Brigide-d'Iberville le juge nécessaire, je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire.
- Je m'engage à collaborer avec la direction du Camp de jour de Sainte-Brigide-d'Iberville et à venir la rencontrer si le comportement de mon enfant nuit au bon déroulement des activités.

Nom et prénom du parent ou tuteur

Signature du parent ou tuteur

Date