

## FICHE D'INSCRIPTION 2021

### 1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR L'ENFANT

|  |                                     |
|--|-------------------------------------|
| Nom :  | Prénom :                            |
| Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> | Date de naissance : Jour Mois Année |

### 2. INFORMATIONS SUR LES PARENTS

Mère  Père  **(écrire en premier l'adresse de résidence principale du participant)**

|                                  |                                   |                                  |
|----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|
| Nom :                            | Prénom :                          |                                  |
| Adresse : (app.) :               | Ville : Code postal :             |                                  |
| Téléphone (rés.) : - ____ - ____ | Téléphone (cell.) : - ____ - ____ | Téléphone (bur.) : - ____ - ____ |
| Courriel :                       |                                   |                                  |

Mère  Père

|                                  |                                   |                                  |
|----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|
| Nom :                            | Prénom :                          |                                  |
| Adresse : (app.) :               | Ville : Code postal :             |                                  |
| Téléphone (rés.) : - ____ - ____ | Téléphone (cell.) : - ____ - ____ | Téléphone (bur.) : - ____ - ____ |
| Courriel :                       |                                   |                                  |

### 3. PERSONNES À JOINDRE EN CAS D'URGENCE

| Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/>      |        |               |                    |
|--|--------|---------------|--------------------|
| <b>Autres personnes à joindre en cas d'URGENCE (obligatoire)</b> |        |               |                    |
| Nom  | Prénom | Téléphone     | Lien avec l'enfant |
|  |        | - ____ - ____ |                    |
|  |        | - ____ - ____ |                    |

### 4. AUTORISATION DE DÉPART

|  |          |                      |
|--|----------|----------------------|
| Personnes autorisées à venir chercher l'enfant : Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/>         |          |                      |
| Mon enfant est AUTORISÉ à partir <u>seul</u> à la maison : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |          |                      |
| <b>Autres personnes autorisées</b>   |          |                      |
| Nom :  | Prénom : | Lien avec l'enfant : |
| Nom :  | Prénom : | Lien avec l'enfant : |

\* Veuillez noter que pour des mesures de sécurité, le personnel du service de garde peut laisser partir votre enfant uniquement avec les personnes autorisées à la section 4 du présent formulaire. Toute personne non autorisée, peu importe le lien de parenté qui l'unit à l'enfant, ne pourra aller le chercher sauf si vous transmettez au préalable un avis écrit au responsable du service de garde en précisant le nom de la nouvelle personne autorisée.

## 5. RENSEIGNEMENTS PERSONNELS ET MÉDICAUX

|   |                          |       |
|---|--------------------------|-------|
| N° d'assurance-maladie :  | Date d'expiration : Mois | Année |
| L'enfant sait-il nager? Très bien <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> |                          |       |

### Votre enfant souffre-t-il de

|   |                                    |                                    |
|---|------------------------------------|------------------------------------|
| Asthme <input type="checkbox"/>             | Diabète <input type="checkbox"/>   | Épilepsie <input type="checkbox"/> |
| Mal des transports <input type="checkbox"/> | Migraines <input type="checkbox"/> | Autres, précisez :                 |

### Votre enfant a-t-il reçu un diagnostic pour

|  |   |                                  |
|--|---|----------------------------------|
| Autisme <input type="checkbox"/>       | Déficiência intellectuelle <input type="checkbox"/> | Douance <input type="checkbox"/> |
| Hyperactivité <input type="checkbox"/> | TDA / TDAH <input type="checkbox"/>                 | Autres, précisez :               |

### Médicaments

|   |  |
|---|--|
| Votre enfant prend-il des médicaments? Oui <input type="checkbox"/> Non | Doit-il les prendre au camp? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Détails et posologie :  |  |

Si votre enfant doit prendre des médicaments sur les heures du camp de jour, vous devez remplir le formulaire d'autorisation à cet effet afin que les responsables puissent distribuer le médicament prescrit à votre enfant.

### Votre enfant a-t-il des allergies

|   |                                       |  |
|---|---------------------------------------|--|
| Fièvre des foins <input type="checkbox"/>   | Herbe à puce <input type="checkbox"/> | Piqûre d'insectes <input type="checkbox"/>                       |
| Animaux* <input type="checkbox"/>   | Médicaments* <input type="checkbox"/> | Allergies / intolérances alimentaires * <input type="checkbox"/> |
| *Précisez l'allergie et les symptômes :   |                                       |  |
| Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Epipen) en raison de ses allergies? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |                                       |  |

## 6. AUTORISATION DES PARENTS

### Cochez

J'autorise à ce que mon enfant soit photographié ou filmé dans le cadre des activités du camp de jour et j'autorise le Service des loisirs St-Clément à se servir de ce matériel en tout ou en partie à des fins promotionnelles.

**(OBLIGATOIRE)** J'autorise le personnel du club de vacances Escapade à prodiguer les premiers soins à mon enfant et s'il le juge nécessaire, également à transporter mon enfant par ambulance ou dans un établissement hospitalier.

**(OBLIGATOIRE)** Si des modifications concernant l'état de santé de mon enfant surviennent 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.

\_\_\_\_\_  
Nom et prénom du parent (Lettres moulées)

\_\_\_\_\_  
Signature du parent

Jour \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Année \_\_\_\_\_  
Date

## Club de vacances Escapade 2021

|       |          |
|-------|----------|
| Nom : | Prénom : |
|-------|----------|

### CHOIX DES SEMAINES

|  | DATES   | TARIFS CAMPS                   |                                | TARIFS SERVICE D'ACCUEIL                  | COÛT TOTAL |
|--|---|--------------------------------|--------------------------------|---|------------|
|  |   | CAMP RÉGULIER                  | CAMP SPORTS EN FOLIE           | AM et PM                                  |            |
| S1   | 28 juin au 2 juillet 2021<br>Fermé le 1er juillet | <input type="checkbox"/> 65 \$ | N/D                            | <input type="checkbox"/> 40 \$            | \$         |
| S2   | 5 au 9 juillet 2021                               | <input type="checkbox"/> 65 \$ | <input type="checkbox"/> 90 \$ | <input type="checkbox"/> 40 \$            | \$         |
| S3   | 12 au 16 juillet 2021                             | <input type="checkbox"/> 65 \$ | <input type="checkbox"/> 90 \$ | <input type="checkbox"/> 40 \$            | \$         |
| S4   | 19 au 23 juillet 2021                             | <input type="checkbox"/> 65 \$ | N/D                            | <input type="checkbox"/> 40 \$            | \$         |
| S5   | 22 au 26 juillet 2021                             | <input type="checkbox"/> 65 \$ | N/D                            | <input type="checkbox"/> 40 \$            | \$         |
| S6   | 2 au 6 août 2021                                  | <input type="checkbox"/> 65 \$ | N/D                            | <input type="checkbox"/> 40 \$            | \$         |
| S7   | 9 au 13 août 2021                                 | <input type="checkbox"/> 65 \$ | N/D                            | <input type="checkbox"/> 40 \$            | \$         |
| S8   | 16 au 20 août 2021                                | <input type="checkbox"/> 65 \$ | N/D                            | <input type="checkbox"/> 40 \$            | \$         |
| <b>Chandail grandeur à commander</b>   |   |                                |                                | <b>Sous-Total</b>                         | \$         |
| TAILLE ENFANT : <input type="checkbox"/> Très petit <input type="checkbox"/> Petit <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Grand <input type="checkbox"/> Très grand<br>TAILLE ADULTE : <input type="checkbox"/> Petit <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Grand |   |                                |                                | <b>Carte de membre</b>                    | \$         |
| <b>Nom du parent pour l'émission du relevé 24 :</b> _____  |   |                                |                                | <b>Frais administratifs (inscription)</b> | 10 \$      |
| <b>NAS :</b> _____   |   |                                |                                | <b>Chandail : __ X 10 \$</b>              | \$         |
|  |   |                                |                                | <b>10 % rabais politique familiale</b>    | \$         |
|  |   |                                |                                | <b>GRAND TOTAL</b>                        | \$         |

\_\_\_\_\_  
Signature du parent

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Date

### ADMINISTRATION

|   | Coût total | Montant payé | Balance | Méthode de paiement                 | Date du paiement | No. Reçu | Responsable |
|---|------------|--------------|---------|-------------------------------------|------------------|----------|-------------|
| 1 |            |              |         | Virement ( ) Débit ( ) Comptant ( ) |                  |          |             |
| 2 |            |              |         | Virement ( ) Débit ( ) Comptant ( ) |                  |          |             |
| 3 |            |              |         | Virement ( ) Débit ( ) Comptant ( ) |                  |          |             |

### MODE DE PAIEMENT

Les frais sont payables par virement bancaire ou Interac (sur rendez-vous seulement) sur réception de la facture. Pour effectuer un paiement par virement bancaire, consultez la procédure reçue avec la facture.

### MODALITÉS DE PAIEMENT

#### 1<sup>er</sup> paiement (inscription) :

Un minimum de 25 % des frais sont exigés au moment de l'inscription.

#### 2<sup>e</sup> paiement :

Vous devez avoir acquitté le paiement complet du solde dû avant le début du service choisi.

### POLITIQUE DE REMBOURSEMENT

Le chandail de camp et les frais d'inscription sont non remboursables. Pour obtenir un remboursement, la période choisie ne doit pas avoir débutée. Toute annulation doit s'effectuer une semaine avant le début d'une prochaine période. Une pénalité de 50 \$ ou 10% (la plus petite somme des deux) sera exigée. Toute demande de remboursement doit être acheminée par écrit [campdejour.slstc@gmail.com](mailto:campdejour.slstc@gmail.com).

### POLITIQUE FAMILIALE

Un rabais de 10 % est accordé à partir de l'inscription d'un 3<sup>e</sup> enfant d'une même famille