



FICHE D'INSCRIPTION

Camp de jour | Été 2025 | Corporation des loisirs St-Zéphirin

RENSEIGNEMENTS SUR L'ENFANT

Prénom de l'enfant :	Nom de l'enfant :	
Adresse complète : 		
Téléphone 1 :	Téléphone 2 :	
Date de naissance :	Âge :	Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Autre
N° ass. maladie :	Date d'expiration :	

FRÉQUENTATION DU CAMP DE JOUR

Votre enfant fréquentera le camp de jour...	
Du lundi au vendredi : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Jour(s) que l'enfant ne fréquentera pas :
Heure d'arrivée au camp : Heure de départ du camp :	Dîner : <input type="checkbox"/> À la maison <input type="checkbox"/> Au camp de jour
Souhaitez-vous inscrire votre enfant au service de garde en plus (7 h 30 - 8 h et 17 h - 17 h 30) pour un tarif supplémentaire (voir tableau du tarif) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Personnes autorisées à venir chercher l'enfant au camp de jour : <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Autres (précisez plus bas)	
Autres personnes autorisées à venir chercher votre enfant :	
Prénom et nom : _____ Téléphone : _____	
Prénom et nom : _____ Téléphone : _____	
Pour la sécurité des enfants : Veuillez noter que les moniteurs ne sont pas autorisés à laisser partir votre enfant avec une autre personne que les personnes préalablement autorisées par écrit par les parents/tuteurs de l'enfant, 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 ci-haut, vous devrez transmettre au préalable un avis écrit précisant le nom de cette personne.	

PARENTS OU TUTEURS

Garde de l'enfant :			
<input type="checkbox"/> Deux parents	<input type="checkbox"/> Mère temps plein	<input type="checkbox"/> Père temps plein	<input type="checkbox"/> Garde partagée
<input type="checkbox"/> Tuteur(s)	<input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____		

Le nom et N.A.S. du parent qui recevra le 'Relevé 24' pour les impôts.

Nom du parent/tuteur : | | N° ass. sociale : | |

Adresse complète : | |

Téléphone maison : | | Bureau : | | Cell : | |

Adresse courriel : | |

Contacts d'urgence

Veuillez identifier, par ordre de priorité, les personnes à contacter en cas d'urgence :

Nom complet	Lien avec l'enfant	Numéro(s) de téléphone
1.		
2.		
3.		

FICHE SANTÉ**ÉTAT DE SANTÉ**Votre enfant a-t-il déjà été vacciné contre le tétanos? OUI NON
Si OUI, en quelle année ? | |Votre enfant a-t-il déjà été vacciné contre la rougeole? OUI NON
Si OUI, en quelle année ? | |Autres particularités à nous signaler sur le plan médical (chirurgie, blessures graves, etc.) :
| |**ALLERGIES**Votre enfant a-t-il des allergies? OUI NONSi OUI, précisez :
| |Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Épipen, Ano-kit) en fonction de ses allergies? OUI NON

Si OUI, spécifiez qui est autorisé à conserver et à administrer ce médicament et selon quelle posologie (enfant ou animateurs) :

ASTHME

Votre enfant a-t-il de l'asthme ? OUI NON

Si OUI, précisez :

HANDICAP ET BESOINS PARTICULIERS

Votre enfant a-t-il un handicap physique susceptible de restreindre les activités ? OUI NON

Si OUI, précisez :

Votre enfant a-t-il des besoins particuliers qui pourraient rendre son intégration au camp de jour difficile et/ou nécessiter un accompagnement adapté ? OUI NON

***Si OUI, veuillez demander et remplir le « Formulaire d'évaluation des besoins ».**

PRISE DE MÉDICAMENTS

Votre enfant doit-il prendre des médicaments régulièrement ? OUI NON

Si OUI, précisez :
Posologie :

Dans ce cas, l'enfant les prend-il lui-même ? OUI NON

Précision :

Autres particularités importantes à signaler ? OUI NON

Si OUI, précisez :

Donnez-vous l'autorisation aux animateurs du camp de jour d'administrer :

Crème solaire sans PABA OUI NON

Calamine OUI NON

Citronnelle OUI NON

Chasse-moustique avec DEET de 10% et moins OUI NON

Bénadryl (en cas de réaction allergique légère) OUI NON

AUTORISATIONS

Mon enfant est autorisé à quitter seul le site du camp de jour (période du dîner et soir).	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Mon enfant revient dîner à la maison.	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Les compétences à la nage de mon enfant sont élevées. Je l'autorise à nager sans vêtement de flottaison.	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Les compétences à la nage de mon enfant sont moyennes ou faibles. Je l'oblige à nager avec un vêtement de flottaison.	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
J'autorise mon enfant à manger occasionnellement des petites collations glacées ou sucrées.	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
J'autorise le personnel du camp de jour à photographier mon enfant (les photos serviront à titre de souvenir et pourraient être publiées sur la page Facebook de la municipalité de St-Zéphirin à des fins de promotion).	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
En cas d'urgence, je soussigné(e) _____, autorise que les soins d'urgence soient administrés à mon enfant (obligatoire pour la participation de l'enfant au camp).	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
En cas d'accident nécessitant un transport par ambulance, j'autorise les responsables du camp de jour à y faire appel. Il est à noter que la facture sera adressée aux parents.	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
J'autorise le personnel du camp de jour de St-Zéphirin à faire des sorties près du camp avec mon enfant (ex : aller pique-niquer, etc.).	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Sachant que le camp de jour termine à 17h30, si je ne peux venir chercher mon enfant avant cette heure, j'accepte de payer les frais de 5 \$ par tranche de 15 minutes de retard (le premier 5\$ étant dû dès la première minute de retard) et je m'engage à communiquer avec les animateurs pour les informer de mon retard.	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Je comprends qu'aucun remboursement ne me sera fait après une semaine complète (5 jours) de camp de jour.	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

SIGNATURES

Je déclare que les informations indiquées dans ce formulaire sont exactes.	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
---	------------------------------	------------------------------

Signature

Date

IMPORTANT : AUCUN REMBOURSEMENT NE SERA FAIT APRÈS UNE SEMAINE COMPLÈTE (5 JOURS) DE CAMP DE JOUR.

Paiement accepté : argent comptant, chèque à l'ordre de La Corporation des loisirs de St-Zéphirin ou virement.

TARIFS 2024		
	Résident	Non-résident
Été	400\$ / 1 ^{er} et 2 ^e enfant 350 \$ / 3 ^e enfant et plus	500 \$
Service de garde inclus	480 \$	580 \$

Merci de remplir **un formulaire pour chaque enfant** inscrit au camp de jour et de le faire parvenir **avant le 25 avril 2025** :

- Au bureau municipal (1232, rang Saint-Pierre, Saint-Zéphirin-de-Courval, Qc, J0G 1V0);
- Par courriel à loisirs@saint-zephirin.ca.

IMPORTANT : Si les inscriptions dépassaient la capacité d'accueil du camp de jour, nous prioriserons les résidents de Saint-Zéphirin. De plus, si les inscriptions des résidents dépassaient la capacité d'accueil du camp de jour, la formule « premier arrivé, premier servi » s'appliquera. **Seules les inscriptions accompagnées du paiement seront considérées.** Un remboursement sera fait si des parents inscrits devaient finalement se voir refuser leur place. Nous ferons tout en notre pouvoir pour accueillir tous les enfants inscrits au camp de jour.

Pour le paiement par virement :

LA CORPORATION DES LOISIRS DE ST-ZÉPHIRIN
1232 RANG ST-PIERRE
SAINT-ZÉPHIRIN-DE-COURVAL, QC
J0G1V0

Date
A A A A M M J J

Payer à l'ordre de \$

/ 100 dollars  Caractéristiques de sécurité intégrées. Détails au verso.

 **Desjardins** NICOLET
181, RUE NOTRE-DAME
NICOLET, QC
J3T 1V8 819-293-8570

Pour MI

⑆ 10038⑈ 15⑆ ⑆ 30⑈ 632⑈ 0⑈ ⑆