

CAMP DE JOUR DE LA RELÂCHE
Du 4 au 8 mars 2019 de **8h30 à 16h30**



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 :
Adresse :		Année scolaire en cours :
N° d'assurance-maladie (enfant) :		Date d'expiration :

2. PARENTS OU TUTEUR

Nom du parent :		Nom du parent :	
Adresse :		Adresse :	
Téléphone :	(Rés.)	Téléphone :	(Rés.)
	(Bur.)		(Bur.)
	(Cell.)		(Cell.)
Personnes autorisées à venir chercher l'enfant :			

3. 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) :	

4. PRÉSENCES DE L'ENFANT AU CAMP DE JOUR (COCHEZ)

<u>Semaine complète</u> (lundi 4 mars au vendredi 8 mars) : 35\$ <input type="checkbox"/>
<u>Journée où mon enfant sera présent au camp de jour</u> : (35\$ pour la semaine, aucun tarif à la journée)
Lundi, 4 mars <input type="checkbox"/> Mardi, 5 mars <input type="checkbox"/> Mercredi, 6 mars <input type="checkbox"/> Jeudi, 7 mars <input type="checkbox"/> Vendredi, 8 mars <input type="checkbox"/>

Paiement par chèque au nom de Ville Saint-Gabriel ou argent comptant seulement

Signature du parent ou tuteur : _____ Date : _____

CAMP DE JOUR DE LA RELÂCHE

**FICHE SANTÉ
2019**

**Vous devez nous retourner la fiche santé avec votre formulaire d'inscription.
S.V.P. remplir une fiche par enfant.**

NOM DE L'ENFANT : _____ **PRÉNOM :** _____

1. 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, précisez :		Autres, précisez :	

2. 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"/>		Fièvre des foins	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"/>
DcaT	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Allergies alimentaires*	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Autres, précisez :			*Précisez :	

Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Epipen, Ana-Kit) pour 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 du Centre sportif et culturel de Brandon à administrer, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline _____ à mon enfant.

Signature du parent

3. 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"/> *** Notez que si votre enfant ne peut prendre son médicament lui-même, vous devrez signer une feuille d'autorisation afin que les responsables du camp de jour puissent lui administrer.	Préciser :

Si votre enfant doit prendre des médicaments pendant les heures de camp de jour, vous devrez, à votre arrivée au camp de jour, remplir un formulaire d'autorisation de prise de médicament afin que les responsables puissent distribuer le médicament prescrit à votre enfant.

4. AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES

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

Votre enfant a-t-il besoin d'un gilet de sauvetage ou de flotteurs dans l'eau ? (Nous irons à la piscine du Centre aquatique Desjardins de nord de Lanaudière durant la semaine)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Votre enfant présente-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 :	

Votre enfant porte-t-il des lunettes ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
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 :	
Avez-vous d'autres informations pertinentes concernant votre enfant que nous devrions savoir ?	

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 du Centre sportif et culturel de Brandon à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Si la direction du Camp de jour du Centre sportif et culturel de Brandon 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 du Centre sportif et culturel de Brandon 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



HORAIRE DES ACTIVITÉS
CAMP DE JOUR DE LA RELÂCHE

Lundi <i>5 mars</i>	Mardi <i>6 mars</i>	Mercredi <i>7 mars</i>	Jeudi <i>8 mars</i>	Vendredi <i>9 mars</i>
PISCINE 13H30 À 15H30	PISCINE 13H30 À 15H30	PISCINE 13H30 À 14H30 PATIN 15H30 À 16H30	PISCINE 14H30 À 16H30	PATIN 11H00 À 12H00

PISCINE : Veuillez apporter maillot de bain, serviette et flotteurs (si nécessaire) dans votre sac.

PATIN : Veuillez apporter patins, casque (hockey, ski ou vélo) et vêtements chauds dans votre sac.

En tout temps dans mon sac à dos : Vêtements extérieurs, souliers d'intérieurs, lunch pour le dîner, deux collations ainsi qu'une bouteille d'eau.