

FICHE D'INSCRIPTION

Une fiche par enfant

Camp de jour : Municipalité de St-Cuthbert

Identification de l'enfant			
Nom et prénom:			
Adresse:			
Âge:			
Date de naissance:			
Téléphone maison:			
Téléphone d'urgence:		Qui :	
Numéro d'ass. maladie:		Date d'expiration:	

Identification du parent payeur (pour relevé 24)	
Nom:	
Adresse complète:	
Téléphone maison:	
Numéro d'ass. sociale:	

Autorisation lors du départ de l'enfant		
J'autorise mon ou mes enfant(s) à quitter seul(s) le camp de jour?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
J'autorise mon ou mes enfant(s) à quitter en compagnie d'une personne mineure?		
Inscrire le nom:	_____	
Personnes autorisées à venir le ou les chercher (inscrire les noms)		
1.	Tél.	Cell.
2.	Tél.	Cell.
3.	Tél.	Cell.
4.	Tél.	Cell.
Signature du parent :		

Consentement parental	
En cochant les items ci-dessous vous y accordez votre consentement.	
1. Pour donner les premiers soins	<input type="checkbox"/>
2. Transport médical en ambulance	<input type="checkbox"/>
3. Autorisation au personnel médical d'apporter les soins jugés nécessaires	<input type="checkbox"/>
4. Autorisation de prendre votre enfant en photo dans le cadre du camp de jour et à utiliser les photos à des fins promotionnelles	<input type="checkbox"/>
Signature: _____	Date: _____

FICHE SANTÉ

Une fiche par enfant

Allergies			
Votre enfant souffre-t-il d'allergie (s)?	Oui	<input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Lesquelles :			
Votre enfant a-t-il à sa disposition en fonction de ses allergies?			
Épipen ou un Ana-Kit	Oui	<input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Bénadryl ou autre	Oui	<input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Est-il capable de se l'administrer lui-même?	Oui	<input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Problème physique			
Votre enfant souffre-t-il?			
Asthme	<input type="checkbox"/>	Diabète	<input type="checkbox"/>
Hémophilie	<input type="checkbox"/>	Maladie du cœur	<input type="checkbox"/>
		Épilepsie	<input type="checkbox"/>
		Surdité	<input type="checkbox"/>
Autres: _____			

Médication		
Votre enfant doit-il prendre des médicaments dans la journée?	Oui	Non <input type="checkbox"/>
Indiquez les médicaments que l'enfant devra possiblement prendre durant la journée :		
Nom du médicament	Fréquence	Posologie

Autres informations (TDA/TAH. Trouble de comportement, etc.)

Nom de l'enfant : _____

Signature : _____

Date : _____

TARIFICATION Une fiche par enfant

Nom de l'enfant : _____

À noter :

- « Résident Saint-Cuthbert » comprend la zone scolaire de Saint-Cuthbert.
- Les prix incluent le service de garde.

Forfait pour l'été :

Comprend huit semaines d'activités.

Résident Saint-Cuthbert : 325 \$

Non résident : 400 \$

Total (pour l'été) : _____ \$

Forfait à la semaine :

Comprend la semaine d'activités régulières.

Résident Saint-Cuthbert : 50 \$

Non résident : 60 \$

Semaine :

- | | | |
|----------------|---|---|
| 1 : 25 juin | Résident 50 \$ <input type="checkbox"/> | Non résident 60 \$ <input type="checkbox"/> |
| 2 : 2 juillet | Résident 50 \$ <input type="checkbox"/> | Non résident 60 \$ <input type="checkbox"/> |
| 3 : 9 juillet | Résident 50 \$ <input type="checkbox"/> | Non résident 60 \$ <input type="checkbox"/> |
| 4 : 16 juillet | Résident 50 \$ <input type="checkbox"/> | Non résident 60 \$ <input type="checkbox"/> |
| 5 : 23 juillet | Résident 50 \$ <input type="checkbox"/> | Non résident 60 \$ <input type="checkbox"/> |
| 6 : 30 juillet | Résident 50 \$ <input type="checkbox"/> | Non résident 60 \$ <input type="checkbox"/> |
| 7 : 6 août | Résident 50 \$ <input type="checkbox"/> | Non résident 60 \$ <input type="checkbox"/> |
| 8 : 13 août | Résident 50 \$ <input type="checkbox"/> | Non résident 60 \$ <input type="checkbox"/> |

Total (à la semaine) : _____ \$

Coût à la journée :

Comprend la journée d'activités régulières.

Résident Saint-Cuthbert : 15 \$

Non résident : 20 \$

Dates : _____

Total (à la journée) : _____ \$

SORTIES ET ACTIVITÉS SPÉCIALES

Achat du Chandail de camp de jour (15 \$) **Entourez la grandeur : S M L**

Total (chandail) : _____ \$

- | | | |
|---------------------------------|---|---|
| Centre des sciences de Montréal | Résident 30 \$ <input type="checkbox"/> | Non résident 35 \$ <input type="checkbox"/> |
| Zoo de St-Édouard | Résident 30 \$ <input type="checkbox"/> | Non résident 35 \$ <input type="checkbox"/> |
| Laser Action Mascouche | Résident 30 \$ <input type="checkbox"/> | Non résident 35 \$ <input type="checkbox"/> |
| Complexe Atlantide | Résident 30 \$ <input type="checkbox"/> | Non résident 35 \$ <input type="checkbox"/> |
| Havre Familial | Résident 30 \$ <input type="checkbox"/> | Non résident 35 \$ <input type="checkbox"/> |
| Mégamaze | Résident 30 \$ <input type="checkbox"/> | Non résident 35 \$ <input type="checkbox"/> |
| Quilles / Bosco | Résident 20 \$ <input type="checkbox"/> | Non résident 25 \$ <input type="checkbox"/> |

Total (sorties) : _____ \$

Total complet (Camp + sorties) : _____ \$

Le paiement complet du camp de jour et des sorties doit être effectué lors de l'inscription en argent comptant ou par chèques postdatés à l'ordre de : *Municipalité de St-Cuthbert*, et ce, en trois versements :

1^{er} versement à l'inscription;

2^e versement en date du 20 juin 2018;

3^e versement en date du 20 juillet 2018.

Des frais de 25 \$ seront exigés si un chèque nous est retourné pour fonds insuffisants. Dans ce cas, le paiement complet sera exigé comptant dans les cinq jours ouvrables, sous peine que l'enfant soit exclu du camp.

Information : Nathalie Panneton, directrice des loisirs, 450 836-4852, poste 3302.

Signature du parent : _____

Date: _____