

FICHE D'INSCRIPTION – ÉTÉ 2024

ENFANT	NOM ET PRÉNOM DE L'ENFANT	DATE DE NAISSANCE	ÂGE AU 25 JUIN
1			
2			
3			

RENSEIGNEMENTS DU PARENT 1 OU TUTEUR LÉGAL

NOM ET PRÉNOM		
ADRESSE	VILLE	CODE POSTAL
TÉLÉPHONE RÉSIDENCE	CELLULAIRE	TÉLÉPHONE TRAVAIL
COURRIEL		

RENSEIGNEMENTS DU PARENT 2 OU TUTEUR LÉGAL

NOM ET PRÉNOM		
ADRESSE	VILLE	CODE POSTAL
TÉLÉPHONE RÉSIDENCE	CELLULAIRE	TÉLÉPHONE TRAVAIL
COURRIEL		

PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER VOTRE/VOS ENFANTS

1. _____	3. _____
2. _____	4. _____

Si votre enfant est autorisé à QUITTER LE CAMP SEUL ou à QUITTER LE CAMP À BICYCLETTE, veuillez en aviser l'équipe de moniteurs.

PERSONNES À JOINDRE EN CAS D'URGENCE

1	2	3
NOM ET PRÉNOM	NOM ET PRÉNOM	NOM ET PRÉNOM
LIEN AVEC L'ENFANT	LIEN AVEC L'ENFANT	LIEN AVEC L'ENFANT
TÉLÉPHONE (résidence)	TÉLÉPHONE (résidence)	TÉLÉPHONE (résidence)
TÉLÉPHONE (travail)	TÉLÉPHONE (travail)	TÉLÉPHONE (travail)
TÉLÉPHONE (cellulaire)	TÉLÉPHONE (cellulaire)	TÉLÉPHONE (cellulaire)

AUTORISATION À CE QUE LES MONITEURS APPLIQUENT DE LA CRÈME SOLAIRE ET/OU DU CHASSE-MOUSTIQUES À MON/MES ENFANT(S) :

oui non

PHOTOS PRISES AU CAMP

Est-ce que vous acceptez que le personnel du camp **prenne des photos de votre ou de vos enfants** lors des activités réalisées dans le cadre de la programmation du camp de jour?

oui non

Si oui, acceptez-vous que les **photos de votre ou de vos enfants soient utilisées à des fins promotionnelles** (dépliant promotionnel, article dans les médias écrits ou sur la page Facebook du Camp de l'Île)?

oui non

CONSENTEMENT

Je soussigné, atteste par la présente, avoir pris connaissance des modalités de paiement et des règlements du Camp de l'Île aux Pipianes. Je m'engage à les respecter et dans le cas contraire, je comprends que le Camp de l'Île aux Pipianes pourrait refuser de recevoir mon enfant. Je m'engage à informer l'équipe du camp de jour de tout changement pouvant avoir un impact sur la participation et l'autonomie de mon enfant au camp de jour et j'accepte de collaborer avec l'équipe du camp de jour dès que celle-ci en fait la demande.

Nom du parent ou tuteur légal

Signature du parent ou tuteur légal

Date

CHOIX D'INSCRIPTION

RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS

DATES D'OPÉRATION DU CAMP : Du **mardi** 25 juin 2024 au **mercredi** 14 août 2024

HORAIRE D'OUVERTURE : De **7 h 30 à 17 h**

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DU CAMP : 418 534-4057

Le **coût hebdomadaire** est de : **95 \$/SEMAINE pour le 1^{er} enfant** (55 \$ pour la 8^e semaine / 3 jours)
70 \$/SEMAINE pour le 2^e enfant (40 \$ pour la 8^e semaine / 3 jours)
60 \$/SEMAINE pour le 3^e enfant (35 \$ pour la 8^e semaine / 3 jours)

Cochez la semaine dans l'encadré prévu à cet effet.

SEMAINE	DATES	ENFANTS		
		Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3
		Nom de l'enfant	Nom de l'enfant	Nom de l'enfant
Juin				
1	25 juin au 28 juin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Juillet				
2	1 ^{er} juillet au 5 juillet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	8 juillet au 12 juillet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	15 juillet au 19 juillet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	22 juillet au 26 juillet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Août				
6	29 juillet au 2 août	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	5 août au 9 août	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	12 août au 14 août (3 jours)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUEL SERA APPROXIMATIVEMENT L'HORAIRE DE FRÉQUENTATION DE VOTRE OU VOS ENFANTS ? :

De _____ heures à _____ heures.

Merci de respecter les heures d'ouverture. Aucun retard ne sera accepté.

FICHE SANTÉ – ÉTÉ 2024

ALLERGIES ET MÉDICAMENTS

VOTRE ENFANT SOUFFRE-T-IL D'ALLERGIE(S) OU INTOLÉRANCE(S) ALIMENTAIRE(S)?

oui non

SI OUI, LA OU LESQUELLES?

	Enfant #1	Enfant #2	Enfant #3
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____

Mon enfant prend des médicaments prescrits

Si oui, communiquez avec nous pour la partie médicaments. **Il est de votre responsabilité d'aviser rapidement le gestionnaire du camp de jour si la situation médicale de votre enfant évolue.**

AUTONOMIE

Mon enfant a besoin d'assistance pour :

	Enfant #1	Enfant #2	Enfant #3
Aller à la toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Changer de vêtements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AUTONOMIE DANS L'EAU

	Enfant #1	Enfant #2	Enfant #3
Ne sait pas nager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besoin d'accompagnement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nage seul avec VFI**	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nage seul en eau peu profonde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nage seul en eau profonde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dernier niveau de natation complété	_____	_____	_____

** Si votre enfant a besoin d'équipement de flottaison, il devra apporter son propre équipement.

COMPORTEMENT

	Enfant #1	Enfant #2	Enfant #3
Mon enfant a besoin de soutien dans les transitions d'activités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mon enfant a besoin de moments calmes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mon enfant a des comportements particuliers (agressivité, opposition occasionnelle, anxiété, etc.)

Précisez :

_____	_____	_____
_____	_____	_____

Autres informations à propos de votre enfant dont vous aimeriez nous faire part?

BESOINS PARTICULIERS

Notre camp souhaite bien intégrer les enfants ayant des besoins particuliers. Les informations au sujet de votre enfant sont précieuses et nous permettront de lui faire vivre une expérience de camp réussie. Merci de bien vouloir compléter cette section.

Votre enfant a-t-il des besoins particuliers pour favoriser sa bonne participation au camp?

oui non

Si oui, lesquels :

	Enfant #1	Enfant #2	Enfant #3
Précisez :	_____	_____	_____
	_____	_____	_____

Votre enfant a-t-il reçu un diagnostic? (trouble de comportement, TDAH, anxiété, trouble du spectre de l'autisme, déficience motrice, intellectuelle, visuelle, etc. :

	Enfant #1	Enfant #2	Enfant #3
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, lequel(s) :	_____	_____	_____
	_____	_____	_____

SOUTIEN PSYCHOSOCIAL EN CAMP DE JOUR

MRC AVIGNON ET BONAVENTURE

N.B. Si vous ne voulez pas donner cette information, passez cette section.

CONSENTEMENT DE TRANSFERT D'INFORMATION PAR L'ÉCOLE DE MON ENFANT :

J'autorise le personnel de l'école à partager des informations de nature comportementale sur mon enfant (ex. enfant anxieux, avec déficit d'attention, etc.), pour faciliter son intégration et sa participation au camp de jour 2024. Ces informations seront consignées dans une fiche confiée à une intervenante psychosociale de l'organisme Accroche-Coeur, qui les utilisera pour supporter le personnel du camp de jour qui intervient avec mon enfant.

OUI NON

La présente autorisation est valide uniquement pour la durée du camp de jour.

N.B. Si vous ne voulez pas donner cette information, passez cette section.

CONSENTEMENT DE TRANSFERT D'INFORMATION POUR LES ENFANTS SUIVIS PAR UN SERVICE DU CISSS DE LA GASPÉSIE

J'autorise le CISSS de la Gaspésie à partager des informations de nature comportementale sur mon enfant (ex. enfant anxieux, avec déficit d'attention, etc.), pour faciliter son intégration et sa participation au camp de jour 2024. Ces informations seront consignées dans une fiche confiée à une intervenante psychosociale de l'organisme Accroche-Coeur qui les utilisera pour supporter le personnel du camp de jour qui intervient avec mon enfant.

OUI NON

La présente autorisation est valide uniquement pour la durée du camp de jour.

Formule d'autorisation rédigée en avril 2024, approuvée par le Secrétariat général du Centre de service scolaire René-Lévesque et le contentieux du CISSS de la Gaspésie.

Nom et prénom du représentant légal

Signature du représentant légal

Date

**** Si vous n'arrivez pas à apposer vos signatures aux endroits désignés (pages 2 et 6), simplement nous le mentionner dans le courriel de retour en nous confirmant que le courriel fait foi de votre signature.**

RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX REÇUS FISCAUX

Si vous désirez recevoir un relevé 24,
il est important de compléter les informations ci-dessous

REÇU FISCAL AU NOM DE : _____

NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE : _____

ADRESSE COMPLÈTE : _____

NOM, PRÉNOM ET DATE DE NAISSANCE DU OU DES ENFANTS :

NOM

DATE DE NAISSANCE

