



COLONIE DES GRÈVES DE CONTRECŒUR FICHE D'INSCRIPTION CAMP DE JOUR 4 ANS 2020



Enfant : Nom _____ Prénom _____

Age (lors du camp) _____ Date de naissance _____ Sexe : F () M () Taille _____ Poids _____
jour / mois / année

Numéro d'assurance maladie : _____ Date d'expiration : _____

Parent ou tuteur : Nom _____ Prénom _____

Adresse _____ courriel : _____
no rue ville

_____ Téléphone () _____ Préciser : Père () Mère () Tuteur ()
code postal

Numéro d'assurance-sociale : _____ pour émission du Relevé 24 pour le parent ou tuteur. Je renonce au Relevé 24

Personnes à rejoindre en cas d'urgence

Nom _____ Téléphone () _____ Préciser lien avec l'enfant : _____

Nom _____ Téléphone () _____ Préciser lien avec l'enfant : _____

La date du camp de jour (Merci de cocher la ou les dates choisies)

	Semaine entière	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
6 au 10 juillet 2020	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 au 17 juillet 2020	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 au 24 juillet 2020	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27 au 31 juillet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 au 7 août 2020	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 au 14 août 2020	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avec arrivée dès 7h (5\$ supp)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Âge : 4 ans

Coût : 30 \$ par jour ou 120 \$ pour la semaine

La Colonie est un organisme à but non lucratif, nos services sont exonérés de taxes.

Horaire

Service de garde : 7h30 à 9h00 et 16h00 à 18h00

Animation : 9h00 à 16h00

Possibilité d'arriver dès 7h le matin en ajoutant 5\$/jour, il faut cependant nous prévenir au moins 72h à l'avance.

Conformément aux directives de la santé publique, toutes les activités auront lieu à l'extérieur, sauf en cas de pluie.

À apporter chaque jour :

- Un repas froid
- Une bouteille d'eau
- Une ou deux collations (fruits ou produits laitiers)
- Chapeau ou casquette
- Chaussure fermé ou sandale avec support aux talons (pas de gougounes)

À apporter pour tout l'été (et qui restera à la Colonie)

- Maillot de bain
- Serviette de plage
- Crème solaire (idéalement en spray)
- Chasse moustique (idéalement en spray)

État de santé

L'enfant souffre-t-il de :	OUI	NON		OUI	NON
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Épilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hyperactivité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie de peau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Autre (spécifiez):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Allergies

L'enfant souffre-t-il d'allergie? Oui Non

Si oui, précisez:

_____ symptômes _____

_____ symptômes _____

Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (épipen, Ana-kit) en fonction de ses allergies?

Oui Non

Si oui, qui est autorisé à conserver et administrer ce médicament et selon quelle posologie?

Enfant lui-même Moniteur de l'enfant

Toute personne adulte responsable Posologie: _____

A SIGNER SI VOTRE ENFANT A UNE DOSE D'ADRÉNALINE

Par la présente, j'autorise les personnes désignées ci-haut à administrer selon le besoin en cas d'urgence la dose d'adrénaline _____ à mon enfant.

Signature du parent: _____

Votre enfant prend-t-il des médicaments

	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
--	------------------------------	------------------------------

Nom du médicament:	_____
Posologie:	_____
Qui est autorisé à administrer le médicament	Enfant <input type="checkbox"/>
	Personnel du camp <input type="checkbox"/>

Nom du médicament:	_____
Posologie:	_____
Qui est autorisé à administrer le médicament	Enfant <input type="checkbox"/>
	Personnel du camp <input type="checkbox"/>

Autres informations pertinentes (besoin d'accompagnement, problèmes de santé mental, etc.):

Consentement du parent ou tuteur

Je déclare que les informations données sont exactes. En cas d'accident, je consens à ce que l'enfant dont j'ai la charge reçoive les soins nécessaires et même qu'il soit conduit à l'hôpital. J'accepte également le fait que le camp n'assume aucune responsabilité pour tout objet perdu, brisé ou volé.

Une fois le présent formulaire reçu par le camp ainsi que le montant requis, l'inscription de votre enfant est confirmée. Consulter le contrat ou communiquez avec la Colonie pour connaître les modes de paiement acceptés. Si l'enfant ne se présente pas, une facture vous sera envoyée par la poste. Un reçu pourra être émis sur place.

IL EST POSSIBLE QUE LA COLONIE DES GRÈVES DE CONTRECOEUR, L'ASSOCIATION DES CAMPS DU QUÉBEC OU SES MANDATAIRES PRENNENT DES PHOTOS ET/OU DES FILMS SUR LES ACTIVITÉS DES ENFANTS PENDANT LA DURÉE DE SON SÉJOUR. SI UN TEL CAS SE PRODUIT, JE LES AUTORISE À SE SERVIR DE CE MATÉRIEL EN TOUT OU EN PARTIE À DES FINS PUBLICITAIRES (BROCHURES, REVUES, JOURNAUX, TÉLÉVISION, ETC.) TOUT LE MATÉRIEL UTILISÉ DEMEURERA LA PROPRIÉTÉ DE LA COLONIE DES GRÈVES DE CONTRECOEUR OU DE L'ASSOCIATION DES CAMPS DU QUÉBEC.

- J'ACCEPTÉ** QUE MON ENFANT SOIT PRIS EN PHOTO LORS DES ACTIVITÉS À LA COLONIE DES GRÈVES.
- JE REFUSE** QUE MON ENFANT SOIT PRIS EN PHOTO LORS DES ACTIVITÉS À LA COLONIE DES GRÈVES.

Signature : _____ Signé à : _____ Date : _____