FEUILLET D'INSCRIPTION SITE #1
2018
DOCUMENT OBLIGATOIRE A REMETTRE LORS DE L'INSCRIPTION

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Camp de jour 2018 - 25 juin au 17 août 2018

Nom de l'enfant : _____ Âge : _____

Niveau scolaire au 1er oct. 2018: maternelle ◯ 1ière année ◯ Sexe : M ◯ F ◯

2e année ◯ 3e année ◯ 4e année ◯

Date expiration _____

Assurance maladie _____

Nom des parents ou tuteurs légaux

Nom : _____	Nom : _____
Adresse : _____	Adresse : _____
Ville : _____	Ville : _____
Téléphone : _____	Téléphone : _____
Cellulaire : _____	Cellulaire : _____
Lien avec l'enfant : _____	Lien avec l'enfant : _____
Courriel : _____	Courriel : _____
N.A.S. (%) _____	N.A.S. (%) _____

Personnes (2) à joindre en cas d'urgence

Nom : _____	Nom : _____
Adresse : _____	Adresse : _____
Ville : _____	Ville : _____
Téléphone : _____	Téléphone : _____
Cellulaire : _____	Cellulaire : _____
Lien avec l'enfant : _____	Lien avec l'enfant : _____

Autorisation de départ

Autorisation de départ seul Oui ☐ Non ☐

J'autorise mon enfant à quitter, seul (e) les lieux à : _____ (heure) À pied ☐ À vélo ☐

Signature du parent ou du tuteur : _____

Activités aquatiques

Votre enfant sait-il nager ? Très bien ☐ Moyennement ☐ Très peu ☐ Pas du tout ☐

FRAIS D'INSCRIPTION ET PAIEMENT SITE #1

Nom de l'enfant : _____ Âge : _____

Coûts	1er enfant	2e enfant	3e enfant
Inscription	220 $	185 $	130 $
	☐	☐	☐
Total A :	**$**	**$**	**$**

Date	Sortie	Coût	x
(1-1) 27 juin	Zoo de St-Édouard, Maskinongé	13,00 $	☐
(1-2) 4 juillet	Aquarium de Québec, Québec	9,00 $	☐
(1-3) 11 juillet	Laser plus, Trois-Rivières	20,00 $	☐
(1-4) 18 juillet	Domaine Floribell, Ste-Élie-de-Caxton	4,00 $	☐
(1-5) 25 juillet	Quilles et Cinéma, Shawinigan (incluant slush et popcorn)	16,80 $	☐
(1-6) 1er août	Arbre en arbre, Shawinigan *annexe1	14,60 $	☐
(1-7) 8 août	Glissades d'eau Valcartier, Québec *annexe2	24,10 $	☐
(1-8) 15 août	La vallée secrète, St-Raymond-de-Portneuf	15,50 $	☐
Total B :	Toutes les sorties : 117,00 $	$	

Les sorties doivent être sélectionnées et payées au moment de l'inscription, aucune modification ne sera acceptée après le 31 mai.
Aucun enfant ne sera accepté aux sorties après cette date.

Je serai présent (e) au pré-camp, qui aura lieu le 18 juin à 18h30 ☐
Soirée d'intégration pour les nouveaux et les anciens, présentation de l'équipe d'animation 2018 et réponse aux questions des parents.

Chandail (obligatoire pour les sorties)	15 $	Petit (6-8)	☐	Petit (adulte)	☐
		Medium (10-12)	☐	Medium (adulte)	☐
		Large (14-16)	☐	Large (adulte)	☐
Total C :				$	
Carte d'identification plastifiée (3)				5,00 $	☐
Carte d'identification numérique				Gratuit	☐
Total D :				$	

A :	$	B :	$	C:	$	D :	$	=	$

ADMINISTRATION

1 versement à l'inscription : _____ **$**

3 versements (total ABCD /3) :

Modes de paiements
ARGENT, DÉBIT, CHÈQUE (Municipalité de Notre-Dame-du-Mont-Carmel)

22 mars : _____ **$**
19 avril : _____ **$**
24 mai : _____ **$**

FICHE MEDICALE SITE #1

Nom de l'enfant : _____ Âge : _____

PROBLÈMES PHYSIQUES	
Votre enfant souffre-t-il de problèmes physiques (cardiaque, asthme, épilepsie, problèmes articulaires, etc.) ? Oui ◯ Non ◯	Si oui, précisez : _____ _____
COMPORTEMENTS ET TROUBLES	
Votre enfant souffre-t-il de problèmes particuliers (comportement, apprentissage, psychologie, social, autres) ? Oui ◯ Non ◯	Si oui, précisez : _____ _____
ALLERGIES ET INTOLÉRANCES	
Votre enfant souffre-t-il d'allegies ou d'intolérances ? Oui ◯ Non ◯	Si oui, précisez : _____ _____
MÉDICATION	
Votre enfant prend-il des médicaments ?	Raison : _____ _____
Le personnel du camp de jour doit-il administrer les médicaments ?	Oui ◯ Non ◯ (si oui, remplir le document «autorisation de prise de document)
Autre - Autres conditions particulières concernant la santé de votre enfant ?	Si oui, précisez : _____ _____

Message important – J'autorise le camp de jour de Notre-Dame-du-Mont-Carmel à distribuer ou à administrer des médicaments prescrits, selon une posologie précise transmise par les parents qui en feront la demande, le tout sous réserve des mesures de précautions à prendre. Le coordonnateur du camp de jour me fera part de toute décision quant aux soins prodigués à mon enfant dans les plus brefs délais afin d'obtenir mon accord. S'il est impossible au responsable du camp de jour de me joindre, je l'autorise à intervenir en mon nom. De plus, en cas d'urgence grave, j'autorise le médecin traitant à effectuer tout traitement, incluant anesthésie, opération, hospitalisation ou autre dans le but de soigner ou sauver la vie de mon enfant.

SIGNATURES

Nom du parent	Signature (à l'inscription)	Date (jj/mm/aaaa)
Nom du parent	Signature (au début du camp de jour)	Date (jj/mm/aaaa)

AUTORISATION DE PRISE DE MEDICAMENT

Pour des raisons de sécurité, nous vous demandons de mentionner tout médicament qui doit être pris par l'enfant. Merci d'aviser le personnel du camp de jour de toute modification concernant ces renseignements.

INFORMATIONS SUR L'ENFANT

Nom de l'enfant : _____

Date de naissance : _____

Numéro d'assurance maladie : _____ Date expiration : _____

PERSONNES-RESSOURCES

Nom et prénom du parent : _____

Tél (résidence) : _____

Tél (travail, cellulaire) _____

INFORMATION SUR LA MÉDICATION

Nom du médicament : _____

Raison de la prise de médicament : _____

Dose : _____

Fréquence : Heures : _____

Forme : (capsule, pilule, liquide, autre), précisez _____

Mon enfant prend son médicament : Seul (e) : ◯ Avec de l'aide : ◯

Le médicament a besoin d'être réfrigéré : Oui : ◯ Non : ◯

Date du début de la prise de médicament : _____

Le médicament sera remis au coordonnateur : chaque jour ◯ chaque semaine ◯

Autres informations pertinentes _____

J'autorise mon enfant à prendre le (s) médicament (s) décrit (s) ci-dessus en se conformant aux modalités prescrites.

Nom du parent

Signature du parent Date

ACCEPTATION/AUTORISATION

Acceptation de la politique du camp de jour et autorisation d'inscription

J'autorise le camp de jour de Notre-Dame-du-Mont-Carmel à utiliser des photos, sur lesquelles on aperçoit mon ou mes enfants, à des fins promotionnelles, et ce, sans rémunération :

_____ _____
Nom de l'enfant Initiales du parent

J'ai pris connaissance du fonctionnement du camp de jour de Notre-Dame-du-Mont-Carmel, des procédures et de la politique de remboursement décrits dans le Guide des parents du Camp de jour de Notre-Dame-du-Mont-Carmel, je les accepte et j'autorise l'inscription de mon enfant.

_____ _____
Nom (caractères d'imprimerie) Signature

_____
Date

J'autorise le camp de jour de Notre-Dame-du-Mont-Carmel à partager mon courriel afin de recevoir des invitation ou informations d'activités de loisirs

Oui ◯ Non ◯

Courriel : _____

ANNEXE 1

PARC de L'ÎLE MELVILLE Shawinigan

d'Arbre en Arbre

FICHE DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

(Obligatoire pour chaque participant)

Date de l'activité :

Prénom : _____ Nom : _____

Adresse : _____ (Rue) _____ (Ville) _____ (Province) _____ (Pays)

Code Postal : _____ Téléphone : ( ) _____

Courriel : _____

INFO-SANTÉ

Date de naissance : _____ (Jour) _____ (Mois) _____ (Année)

Personne à contacter en cas d'urgence : _____

Lien : _____ Téléphone : ( ) _____

	Oui	Non		Initiale du guide
Êtes-vous enceinte?	☐	☐		
Souffrez-vous de :			Si oui spécifiez svp :	
-Vertiges	☐	☐	_____	☐
-Allergies (noix, insectes)	☐	☐	_____	☐
-Troubles cardiaques (crise d'angine)	☐	☐	_____	☐
-Troubles physiques (opérations)	☐	☐	_____	☐
-Autres (asthme, diabète, surdité)	☐	☐	_____	☐

Reconnaissance et acceptation des risques

Je, soussigné, déclare être conscient des dangers, des exigences physiques et techniques de l'activité. Je m'engage à suivre toutes les directives et instructions données par les guides ainsi qu'à respecter toute la réglementation écrite. De plus, je reconnais avoir fait l'énumération complète de toutes formes d'incapacité physique. Par conséquent, je déclare qu'il n'existe aucune raison de nature médicale qui pourrait m'empêcher de participer aux activités.

Je consens également à ce que les activités auxquelles je prendrai part puissent être interrompues, sans remboursement, advenant le cas où un membre du personnel me jugeait inapte à prendre part aux activités en raison de mon état ou de mon comportement et ce, de manière à assurer ma sécurité, mon bien-être ou celui des autres participants ou pour tout autre motif jugé valable et raisonnable.

Pour ma sécurité, j'accepte d'assumer les frais pouvant être liés à mon évacuation et celle de mes biens et laisse au seul jugement des guides d'en choisir le moyen approprié.

Je reconnais être seul responsable de mes biens propres, laissés à la consigne ou non, et ce, même en cas de perte, vol ou dommage. De plus, je prends la responsabilité d'assumer les frais de réparation ou remplacement de l'équipement emprunté en cas de bris ou de perte.

Finalement, j'autorise d'Arbre en Arbre Canada ainsi que ses licenciés, à utiliser, à des fins publicitaires, toutes représentations sous formes d'images vidéos ou photographiques dans lesquelles je pourrai figurer.

Je reconnais avoir lu, compris et accepté tous les termes et conditions énoncés sur ce formulaire et je participe de plein gré, sans influence aucune, aux activités. Une autorisation est exigée pour les participants de moins de 16 ans.

_____ Nom du participant en lettres moulées

_____ Signature du parent ou tuteur

_____ Date (jour/mois/année)

_____ Signature du participant (16 ans et +)

Parc de l'Ile Melville
C.P.03 Shawinigan Qc G9N 6T8
info@ilemelville.com
www.ilemelville.com
Tél.(819)536-7155
Téléc.(819)536-3331

ANNEXE 2

VALCARTIER VESTES DE FLOTTAISON

Références pour les vestes de flottaison - Comme la veste de flottaison est obligatoire pour les participants de moins de 1,22 m, vous avez la possibilité de louer une veste sur place ou de lui fournir la sienne.

Sur place - à retourner obligatoirement avec le formulaire d'inscription :

Nom de l'enfant : _____ Date de naissance : _____

Grandeur A : entre 9 et 14 kg (20-30 lbs) ○
Grandeur B : entre 14 et 27 kg (30-60 lbs) ○
Grandeur C : entre 27 et 41 kg (60-90 lbs) ○
* La veste de flottaison est obligatoire pour les participants de moins de 1,22 m.