

FICHE D'INSCRIPTION AU CAMP DE JOUR 2024

Informations concernant l'enfant

Nom et prénom de l'enfant :		Date de naissance (DD/MM/AAAA):	Sexe :
Adresse de l'enfant :		Numéro d'assurance maladie :	Expiration :
Nom et prénom du père :		Téléphone à la maison :	Autre numéro de téléphone :
Adresse (# civique, rue, ville, province, code postal) :			
Le père est autorisé à venir chercher l'enfant :		Oui	Non
Nom et prénom de la mère :		Téléphone à la maison :	Autre numéro de téléphone :
Adresse (# civique, rue, ville, province, code postal) :			
La mère est autorisée à venir chercher l'enfant :		Oui	Non

Informations pour le reçu d'impôt

Nom et prénom :	
Numéro d'assurance sociale :	
Signature :	
Personnes à joindre en cas d'urgence *2 personnes à joindre en cas d'urgence et qui peuvent venir chercher l'enfant	
Nom et prénom :	Téléphone :
Nom et prénom :	Téléphone :

Informations médicales

Diagnostic	Oui	Non	Détails importants
Trouble du langage			
TDA avec ou sans hyperactivité			
Allergie			Epipen / Bénadryl :
Troubles oppositionnels, impulsivité			
Trouble envahissant du développement			
Spectre de l'autisme			
Médication			Dose / fréquence :
Autre(s) maladie(s)			
Dyspraxie, dysphasie, épilepsie			

Nom du médecin et numéro de téléphone :

Sécurité aquatique *cocher l'option qui s'applique

Nage seul et sans flotteur :		Nage sans flotteur, mais avec surveillance :	
Nage avec flotteur :	Ne sait pas nager :	A peur de l'eau :	

Service de garde		
Mon enfant fréquentera le service de garde (180\$ pour le 1 ^{er} enfant et 160\$ pour les suivants)	AM (7h à 9h)	PM (15h à 17h)
Autorisations		
<p>J'autorise la direction d'Ô Chalet, ainsi que son personnel, à prodiguer tous les soins nécessaires pour mon enfant. J'autorise également le transport en ambulance ou par tout autre moyen (à mes frais) jusqu'à l'hôpital ou dans un établissement de soins hospitaliers. De plus, en cas d'urgence et s'il m'est impossible de vous rejoindre, j'autorise le médecin choisi par les autorités du camp de jour d'Ô Chalet Aimé-Massue à prodiguer les soins médicaux requis par son état, y compris la pratique d'une intervention chirurgicale, la transfusion, les injections, l'anesthésie, etc.</p>		
Signature :		Date :
<p>J'accepte que mon enfant soit photographié durant son séjour au camp de jour d' Ô Chalet Aimé-Massue et j'accepte que ces images servent à des fins d'informations et de promotion du camp (journaux municipaux, publicités, page Facebook des loisirs, etc.) :</p>		
Signature :		Date :
<p>J'autorise mon enfant quitte seul le camp de jour d'Ô Chalet Aimé-Massue. En signant, je dégage le personnel de toutes responsabilités. *Le personnel se réserve le droit de ne pas acquiescer à la demande du parent si la sécurité de l'enfant est menacée (tempête, conditions dangereuses, etc.)</p>		
Signature :		Date :
<p>Je déclare que je vais prendre connaissance du guide du parent qui sera remis en début de saison. Je déclare que les renseignements fournis dans ce document sont exacts et complets, à la présente date. J'ai également pris connaissance des modalités de paiement, des généralités et des informations du camp de jour.</p>		
Signature :		Date :