|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| IDENTIFICATION | | | | | | | | | | | | | | | |
| Prénom | | | | | |  | | | | | | | | | |
| Nom | | | | | |  | | | | | | | | | |
| Adresse | | | | | |  | | | | | | | | | |
| Ville et code postal | | | | | |  | | | | | | | | | |
| Date de naissance (AAAA, MM, JJ) | | | | | |  | | | | | | | | | |
| Année scolaire en cours lors de l’inscription | | | | | | 2024 -Camp de la Relâche | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **FAMILLE** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Votre enfant a-t-il des frères et sœurs au camp de jour? | | | | | | | | | | |  | Oui |  | Non | |
| Si oui, indiquez les noms : | | | | | |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| PERSONNES À JOINDRE EN CAS D’URGENCE | | | | | | | | | | | | | | | |
| PARENT 1 | | | | | | | | | | | | | | | |
| Prénom et nom | | | | | |  | | | | | | | | | |
| Téléphone cellulaire | | | | | |  | | | | | Téléphone au travail | |  | |
| Courriel | | | | | |  | | | | | | | | | |
| PARENT 2 | | | | | | | | | | | | | | | |
| Prénom et nom | | | | | |  | | | | | | | | | |
| Téléphone cellulaire | | | | | |  | | | | | Téléphone au travail | |  | | |
| Courriel | | | | | |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| DONNÉES MÉDICALES | | | | | | | | Si vous le jugez opportun, veuillez nous contacter afin de nous informer de l’état de santé de votre enfant. | | | | | | | |
| Votre enfant a-t-il des allergies ? | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Oui (lesquelles) | | | | |  | | | | | | | | | |
|  | Épipen | |  | | | | | | | | | | | | |
| Votre enfant présente-t-il un des troubles suivants? | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Trouble de comportement ou psychologique | | | | | Précisez : | | | | | | | | | |
|  | Trouble de l’ordre moteur (motricité) | | | | |
|  | Autre maladies connues | | | | |
| Votre enfant doit-il prendre des médicaments sur une base régulière ? | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Non |  | | | Oui Nom du médicament : | | | | |  | | | | | |
|  | À la maison | | | |  | Au camp de jour | | | | | | | | | |
| Si votre enfant doit prendre une médication sur les heures du camp de jour, veuillez remplir le formulaire d’autorisation d’administration de médicaments prescrits. Sont exclus de cette politique : l’administration d’auto-injecteur d’épinéphrine en cas de crise d’allergie et ce, afin d’assurer la survie d’un enfant. Cette liste est non limitative et s’applique à tous les premiers soins pouvant être administrés à un enfant participant à des activités. | | | | | | | | | | | | | | | |
| Antécédents médicaux | | | | | | | | | | | | | | | |
| Interventions chirurgicales | | | | | |  | Oui, précisez : | |  | | | | | | |
| Blessures graves | | | | | |  | Oui, précisez : | |  | | | | | | |
| Maladies chroniques ou récurrentes | | | | | |  | Oui, précisez : | |  | | | | | | |
| Asthme | | | | | |  | Oui, précisez : | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **AUTORISATION MÉDICALE** | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| J’autorise la direction du camp à faire en sorte que soient prodigués à mon enfant tous les soins nécessaires. Je l’autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement (à mes frais) et à le faire admettre dans un établissement de santé. De plus, en cas d’urgence, ou s’il est impossible de nous joindre, j’autorise le médecin choisi par les autorités du camp à prodiguer à mon enfant tous les soins médicaux requis par son état. | | | | | | | | | | | | | | | |
| Signature : | | | | | | | | | Date : | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **AUTORISATION DE DÉPART** | | | | | | | | |  | | | | | | |
| **IMPORTANT : Tous les arrivées et départs doivent être signalés à l’animateur en poste.** Une **permission écrite** est nécessaire si vous désirez que votre enfant quitte seul avec une personne non autorisée, et ce, peu importe le lien de parenté, avec l’enfant. | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Lors de son départ, avec ou sans service de garde, avec qui l’enfant est-il autorisé à partir ?** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Seul | | | | Parent 1 | | | | | Parent 2 | | | Autre : | | | |
| Autre : | | | | | | | | | Autre : | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **AUTORISATION IMAGES** | | | | | | | | |  | | | | | | |
| J’autorise le camp de jour Saint-Simon à utiliser ou à permettre l’utilisation de photographies à des fins publicitaires, dans les brochures ou journaux dans lesquels apparaît mon enfant dans le cadre de la programmation estivale. | | | | | | | | | | | | | | | |
| Signature : | | | | | | | | | Date : | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ATTESTATION** | | | | | | | | |  | | | | | | |
| Je déclare que toute l’information sur le participant est véridique et exacte. J’ai pris connaissance des politiques et je m’engage à les respecter. | | | | | | | | | | | | | | | |
| Signature : | | | | | | | | | Date : | | | | | | |
| **Le Camp de jour St-Simon se réserve le droit de refuser toute inscription obtenue sous de faux renseignements.**  Veuillez prendre note que toutes ces informations sont confidentielles. Seules les informations concernant l’état de santé de votre enfant seront divulguées à son animateur et son supérieur immédiat afin de permettre une meilleure approche auprès de votre enfant ainsi qu’une intervention plus efficace en cas d’urgence | | | | | | | | | | | | | | | |