

FICHE CAMP DE JOUR 2022 (Une fiche par enfant)



ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Âge (au 27 juin) : _____

Adresse : _____

_____ Code postal : _____

Téléphone principal : _____

N° d'assurance-maladie : _____ Exp. : _____

Année scolaire en cours : _____

PARENT 1

Nom et prénom : _____

Date de naissance : _____

Cellulaire : _____

Tél. travail : _____

Tél. d'urgence (autre que les parents). Nom : _____ Tél. : _____

PARENT 2

Nom et prénom : _____

Date de naissance : _____

Cellulaire : _____

Tél. travail : _____

AUTORISATION PARENTALE/PHOTOS

J'autorise la Municipalité de Saint-Zotique à prendre en photo mon enfant dans le cadre du camp de jour et à utiliser ces images à des fins publicitaires.

Oui Non

Signature du parent : _____

COURRIEL

Par souci de l'environnement, le Service des loisirs enverra l'hebdo-info du camp de jour par courriel seulement.

Courriel : _____

Courriel : _____

GARDE DE L'ENFANT

Père/mère Partagée Mère Père

AUTORISATION PARENTALE/DÉPART PLAGE

Qui est autorisé à venir chercher votre enfant? (autre que l'un des deux parents)

Nom : _____ Lien : _____

Nom : _____ Lien : _____

Veuillez noter que si ce n'est pas une personne autorisée qui vient chercher votre enfant, le personnel du service de garde ne sera pas autorisé à le laisser partir, peu importe le lien de parenté qui l'unit à cette personne.

Pour l'émission du relevé 24,

indiquez les coordonnées du parent (reçu d'impôt)

Si 2 relevés 24 doivent être produits, l'information complète des parents doit être inscrite ainsi que le pourcentage de chacun.

Nom et prénom : _____

N.A.S. : _____

Même adresse que l'enfant

Complétez si adresse différente (incluant le code postal) : _____

FICHE SANTÉ - EST-CE QUE VOTRE ENFANT :

a des allergies? oui non Précisez : _____

Épipen : oui non

a d'autre problème de santé? oui non Précisez : _____

a des troubles de comportement? oui non Précisez : _____

doit prendre des médicaments pendant la journée? oui non (Svp compléter le formulaire d'autorisation de prise de médicament.)

Si des modifications concernant l'état de santé de mon enfant survenaient, je m'engage à transmettre cette information à la direction, qui fera le suivi approprié avec l'animateur de mon enfant.

En signant la présente, j'autorise les responsables de l'activité à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Si la direction le juge nécessaire, je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement dans un centre hospitalier.

Signature d'un parent : _____

CAMP RÉGULIER - INSCRIPTIONS

	Camp de jour	Service de garde sem. complète	OU	Service de garde	
				a.m.	ou p.m.
Sem 1 : 27 au 30 juin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sem 2 : 4 au 8 juillet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sem 3 : 11 au 15 juillet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sem 4 : 18 au 22 juillet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sem 5 : 25 au 29 juillet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sem 6 : 1 ^{er} au 5 août	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sem 7 : 8 au 12 août	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sem 8 : 15 au 19 août	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Coût

Camp de jour : Semaine 1 _____ X 57,60 \$ = _____

Nombre de semaine (2 à 8) _____ X 72 \$ = _____

Service de garde : Semaine 1 _____ X 24 \$ = _____

OU Période semaine 1 _____ X 15 \$ = _____

Nombre de semaine (2 à 8) _____ X 30 \$ = _____

OU Nombre de semaine (2 à 8) _____ X 18 \$ = _____

Semaine supplémentaire 22 au 25 août _____ x 90 \$ = _____

Rabais 2^e ou 3^e enfant et/ou frais supplémentaires

] **Total :** _____

] **Total :** _____

] **Total :** _____

CAMPES SPÉCIALISÉS - INSCRIPTIONS

	Camp	Service de garde sem. complète	OU	Service de garde	
				a.m.	ou p.m.
Aquatique					
Sem 2 : 4 au 8 juillet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sem 4 : 18 au 22 juillet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sem 7 : 8 au 12 août	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Camp Passion Nature					
Sem 3 : 11 au 15 juillet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sem 8 : 15 au 19 août	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeune sauveteur					
8 au 12 août	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Coût

Camps spécialisés : Nombre de semaine _____ X 130 \$ = _____ + _____

Camps sauveteur : _____ X 85 \$ = _____

Service de garde : Nombre de semaine _____ X 30 \$ = _____

Nombre de période _____ X 18 \$ = _____

Frais non-Résident

] **Total :** _____

	Camp sportif	Service de garde sem. complète	OU	Service de garde				
				lun.	mar.	mer.	jeu.	ven.
Multisports								
Sem 2 : 4 au 8 juillet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sem 3 : 11 au 15 juillet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sem 4 : 18 au 22 juillet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Coût

Camp Multisports : Nombre de semaine _____ X 160 \$ = _____ + _____

Service de garde : Nombre de journée _____ X 12 \$ = _____

Frais non-Résident

] **Total :** _____

COÛT TOTAL CAMP DE JOUR : _____

Les dates de paiements sont à l'inscription, le 19 mai et le 16 juin.