



CAMP DE JOUR / SERVICE D'ACCOMPAGNEMENT

Formulaire d'inscription 2023

Jeunes de 5 à 12 ans (maternelle complétée)



IDENTIFICATION DE L'ENFANT

Nom :	Prénom :
Adresse :	Ville : Code postal :
N° téléphone :	Âge :
Date de naissance (jj/mm/aaa) : ____/____/____	Année scolaire complétée :
Numéro d'assurance maladie : ____/____/____	Date d'expiration (aaaa/mm) : ____

IDENTIFICATION DES PARENTS

Nom du père :	Nom de la mère :
Téléphone / Cellulaire / Autre :	Téléphone / Cellulaire / Autre :
Courriel :	Courriel :
Adresse (si différente de l'enfant) :	Adresse (si différente de l'enfant) :
Ville : Code postal :	Ville : Code postal :
Preuve de résidence présentée : <input type="checkbox"/> Permis de conduire <input type="checkbox"/> Compte de taxes <input type="checkbox"/> Facture <input type="checkbox"/> Autres	

FICHE MÉDICALE

Asthme ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez :
Allergies ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez :
Épilepsie ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez :
Utilisation d'un système d'injection d'adrénaline (Épipen) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez :
Enfants ayant des besoins particuliers ? (ex : TDAH, hyperactivité, etc.)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, *complétez ANNEXE 1*
Votre enfant prendra-t-il des médicaments prescrits ou en vente libre pendant les heures du camp de jour ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, *complétez ANNEXE 2*

PISCINE MUNICIPALE

Est-ce que votre enfant sait nager ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Avez-vous besoin d'un laissez passer pour la fin de semaine ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Prénom et nom :	Prénom et nom :
Tél. résidence :	Tél. résidence :
Tél. travail :	Tél. travail :
Lien avec l'enfant :	Lien avec l'enfant :

AUTORISATIONS

Mon enfant a le droit de quitter seul le camp de jour :

À l'heure du dîner : Oui Non À la fin de la journée : Oui Non

Pendant le service de garde : Oui; À quelle heure ? Non

À la fin du camp ou pendant le service de garde, mon enfant peut quitter avec (autre que les parents) :

Prénom et nom : Téléphone :

Lien avec l'enfant :

J'autorise l'A.R.D.C. et la Municipalité des Coteaux à utiliser les photographies du participant pour des fins de diffusion pour illustrer des activités du camp de jour. Oui Non

L'A.R.D.C. et la Municipalité des Coteaux n'assument pas la responsabilité des effets personnels perdus ou endommagés (ex : bicyclette, patins, etc.) et des frais de médicaments. En cas de transport d'urgence vers un établissement de soins de santé, les frais devront être assumés par les parents.

Signature	Date
<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Tuteur	