



FORMULAIRE D'INSCRIPTION
CAMP DE JOUR

À REMPLIR EN CARACTÈRE D'IMPRIMERIE

SEUL LES DOCUMENTS COMPLÉTÉS SERONT ACCEPTÉS POUR FIN D'INSCRIPTION

L'enfant âgé de 4 ans doit commencer la maternelle en 2017.

1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR L'ENFANT

Nom :		Sexe : M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
Prénom :		Date de naissance :	/ /
Adresse :		Âge :	
		1^{er} enfant	175 \$ (4 sem.) 275 \$ (8 sem.)
Code postal :		Taille du chandail (inclus dans le prix) : S M L	
Mon enfant est AUTORISÉ à partir <u>seul</u> à 16 h. Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Votre enfant fréquentera-t-il le service de garde ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Nom :		Sexe : M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
Prénom :		Date de naissance :	/ /
Adresse :		Âge :	
		2^e enfant	125 \$ (4 sem.) 200 \$ (8 sem.)
Code postal :		Taille du chandail (inclus dans le prix) : S M L	
Mon enfant est AUTORISÉ à partir <u>seul</u> à 16 h. Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Votre enfant fréquentera-t-il le service de garde ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Nom :		Sexe : M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
Prénom :		Date de naissance :	/ /
Adresse :		Âge :	
		3^e enfant	90 \$ (4 sem.) 150 \$ (8 sem.)
Code postal :		Taille du chandail (inclus dans le prix) : S M L	
Mon enfant est AUTORISÉ à partir <u>seul</u> à 16 h. Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Votre enfant fréquentera-t-il le service de garde ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Nom :		Sexe : M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
Prénom :		Date de naissance :	/ /
Adresse :		Âge :	
		4^e enfant	15 \$
Code postal :		Taille de chandail (inclus dans le prix) : S M L	
Mon enfant est AUTORISÉ à partir <u>seul</u> à 16 h. Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Votre enfant fréquentera-t-il le service de garde ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

2. SERVICE DE GARDE

Nombre d'enfant (S) qui fréquentera (ont) le service de garde ? _____
 Qui est autorisé à aller le / les chercher le soir (autre que l'un des deux parents)?* Lien avec l'enfant : _____

Prénom : _____ Nom : _____

Mon / mes enfants sera / seront présent (s) au service de garde du camp de jour

4 semaines		8 semaines	
1 ^{er} : 95 \$	<input type="checkbox"/>	1 ^{er} : 150 \$	<input type="checkbox"/>
2 ^e : 65 \$	<input type="checkbox"/>	2 ^e : 108 \$	<input type="checkbox"/>
3 ^e : 45 \$	<input type="checkbox"/>	3 ^e : 80 \$	<input type="checkbox"/>
4 ^e et plus : 10 \$	<input type="checkbox"/>	4 ^e et plus : 10 \$	<input type="checkbox"/>

Service de garde à la semaine

Cochez	Dates	Tarif/ enf.	Nbre enf.	Cochez	Dates	Tarif/ enf.	Nbre enf.
<input type="checkbox"/>	1) 26 juin au 30 juin	28 \$		<input type="checkbox"/>	5) 24 juillet au 28 juillet	28 \$	
<input type="checkbox"/>	2) 3 juillet au 7 juillet	28 \$		<input type="checkbox"/>	6) 31 juillet au 4 août	28 \$	
<input type="checkbox"/>	3) 10 juillet au 14 juillet	28 \$		<input type="checkbox"/>	7) 7 août au 11 août	28 \$	
<input type="checkbox"/>	4) 17 juillet au 21 juillet	28 \$		<input type="checkbox"/>	8) 14 août 18 août	28 \$	

Veillez 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 autoriser qui que ce soit dont le nom n'est pas mentionné à la section 2 du présent formulaire à aller chercher votre enfant, vous devez transmettre au préalable au service de garde un avis écrit précisant le nom de cette personne.

*Frais de retard (après 18h) : 1\$ / minute

3. SORTIES

Cochez	Dates	Tarif/ enf.	Nbre enf.	Cochez	Dates	Tarif/ enf.	Nbre enf.
<input type="checkbox"/>	1) Cosmodôme, 11 juillet	20 \$		<input type="checkbox"/>	4) Camp Boute-en-Train, 1 ^{er} août	15 \$	
<input type="checkbox"/>	2) 45 Degré Nord, 18 juillet	15 \$		<input type="checkbox"/>	5) Parc aquatique Mont Saint-Sauveur, 8 août	20 \$	
<input type="checkbox"/>	3) Funtropolis, 25 juillet	15 \$					

- Maximum de 50 enfants par sortie. (Priorité aux 50 premières inscriptions)
- Notez qu'aucun enfant ne pourra rester au camp de jour lors des sorties
- Si l'enfant n'est pas inscrit à la sortie, il ne pourra y participer

4. CAMP DE JOUR

Mon / mes enfants sera / seront présent (s) au camp de jour

4 semaines		8 semaines	
1 ^{er} : 175 \$	<input type="checkbox"/>	1 ^{er} : 275 \$	<input type="checkbox"/>
2 ^e : 125 \$	<input type="checkbox"/>	2 ^e : 200 \$	<input type="checkbox"/>
3 ^e : 90 \$	<input type="checkbox"/>	3 ^e : 150 \$	<input type="checkbox"/>
4 ^e et plus : 15 \$	<input type="checkbox"/>	4 ^e et plus : 15 \$	<input type="checkbox"/>

Si 4 semaines, veuillez cochez Vos choix de semaine			
<input type="checkbox"/>	1) 26 juin au 30 juin	<input type="checkbox"/>	5) 24 juillet au 28 juillet
<input type="checkbox"/>	2) 3 juillet au 7 juillet	<input type="checkbox"/>	6) 31 juillet au 4 août
<input type="checkbox"/>	3) 10 juillet au 14 juillet	<input type="checkbox"/>	7) 7 août au 11 août
<input type="checkbox"/>	4) 17 juillet au 21 juillet	<input type="checkbox"/>	8) 14 août 18 août

***Non-résidents : Le double des coûts ci-dessus (Du 2 au 16 mai, priorité d'inscription aux résidents de Sainte-Marguerite-du-Lac-Masson et l'Estérel et du 17 au 23 mai, inscription pour tous)**

5. PARENTS OU TUTEUR (noms de ceux autorisés à venir chercher l'enfant)

Nom du père :		Nom de la mère :	
Prénom :		Prénom :	
Adresse :		Adresse :	
Téléphone :	(Rés.)	Téléphone :	(Rés.)
	(Bur.)		(Bur.)
	(Cell.)		(Cell.)
Courriel :		Courriel :	
GARDE de l'enfant			
Père et mère <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Partagée <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/>			
Pour émission du relevé 24		Numéro d'assurance social	
Nom du parent payeur :		Pour reçu d'impôt	
Autre personne autorisé :		Coordonnées :	

6. MODALITÉS DE PAIEMENT

Nous acceptons les chèques, l'argent comptant et la carte débit. **La Ville facturera des frais de 25 \$ pour tout chèque sans provision.**

7. AUTORISATION DE PAIEMENT

Nom du parent payeur ou tuteur _____

Total du camp de jour : _____ \$
Total du service de garde : _____ \$
Total des sorties : _____ \$
Grand total : _____ \$

Débit
Argent
Chèque

les tarifs sont exonérés de taxes et un reçu pour frais de garde (relevé 24) vous seras émis.

- Un paiement **ou** 1^{er} versement de _____ \$ Date : _____
- Deuxième versement – de _____ \$ Date 1^{er} juin 2017
- Troisième versement – de _____ \$ Date 6 juillet 2017

* **Des frais d'administration de 15 \$ seront exigés après la période d'inscription. (23 mai 2017)**

* **Le 1^{er} versement du camp de jour, du service de garde et des sorties est obligatoire lors de l'inscription.**

* **Pour plus d'un versement, des chèques postdatés lors de l'inscription sont obligatoires.**

* 15 \$ sont exigés pour tout remboursement. Aucun remboursement possible après le début du camp de jour, sauf sur présentation d'une preuve médicale au prorata de la période à venir. Toute demande de remboursement doit être faite par écrit à l'adresse courriel suivante : **reception@lacmasson.com**

Nom du parent ou tuteur

Signature du parent ou tuteur

Date de la signature

Parents bénévoles pour les sorties !

Cet été, nous aimerions la participation aux activités extérieurs afin d'aider à superviser les jeunes lors des sorties. Nous augmenterons alors la sécurité ainsi que l'amusement ! Si vous êtes intéressé à participer bénévolement à une ou plusieurs sorties, veuillez remplir le formulaire ci-dessous.

Noter que le camp de jour ne prend pas en charge les frais de transport et du coût du billet pour le bénévole. Si le parent bénévole prend sous sa charge de transporter son enfant ou un autre enfant du camp de jour, nous devons avoir l'autorisation parentale par écrit, de ce dernier.

Comme les places en autobus sont limitées, le parent bénévole doit se rendre par lui-même à la sortie. Cependant, si l'autobus n'est pas complet, nous vous offrirons avec grand plaisir une place parmi nous, dans l'autobus.

Veuillez cochez la ou les sortie(s) dont vous désirez participer en tant que parent accompagnateur :

Sorties :

Cochez	Dates	Cochez	Dates
<input type="checkbox"/>	1) Cosmodôme, 11 juillet	<input type="checkbox"/>	4) Camp Boute-en-Train, 1 ^{er} août
<input type="checkbox"/>	2) 45 Degré Nord, 18 juillet	<input type="checkbox"/>	5) Parc aquatique Mont Saint-Sauveur, 8 août
<input type="checkbox"/>	3) Funtropolis, 25 juillet		

Merci de votre implication !

Coordonnées du parent accompagnateur :

Numéro :	Adresse courriel :
----------	--------------------

Signature : _____



FICHE MÉDICALE
PAR ENFANT

OBLIGATOIRE

Photo

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX :

Nom : _____ Prénom : _____

N° ass. maladie : _____ Exp. : _____

Nom des parents ou tuteur

1) _____ Téléphone : (____) _____

2) _____ Téléphone : (____) _____

Autres : (____) _____ (____) _____

RÉFÉRENCE EN CAS D'URGENCE

Nom : _____ Téléphone : (____) _____

Autres : (____) _____ (____) _____

Lien : _____

VOTRE ENFANT PREND-T-IL DES MÉDICAMENTS QUOTIDIENNEMENT? OUI NON

SI OUI, PRÉCISEZ LE NOM DU MÉDICAMENT ET LA POSOLOGIE : _____

DONNER VOUS L'AUTORISATION AU PERSONNEL DU CAMP POUR LUI DONNER ? OUI NON

ÉTAT DE SANTÉ GÉNÉRAL DE VOTRE ENFANT

Cœur : Nez : Colonne : Poumons : Gorge : Peau : Reins : Bouche : Oreilles :

Yeux : Dents : Autres : _____

Précisez S.V.P. : _____

VOTRE ENFANT SOUFFRE-T-IL D'ALLERGIES ? OUI NON

SI OUI, PRÉCISEZ (FREQUENCE, GRAVITE) : _____

A-T-IL A SA DISPOSITION UNE DOSE D'ADRENALINE (ÉPIPEN, ANA-KIT) EN FONCTION DE SES ALLERGIES? OUI NON

SI EPIPEN, QUI EST AUTORISÉ À CONSERVER ET ADMINISTRER CE MÉDICAMENT ? ENFANT LUI-MÊME ADULTE

VOTRE ENFANT SOUFFRE-T-IL DE MALADIES CHRONIQUES OU RÉCURRENTES? OUI NON

Asthme Épilepsie Diabète Otite ou Amygdalite à répétition AUTRES : _____

Précisez S.V.P. (fréquence de la crise, gravité):

VOTRE ENFANT A-T-IL ÉTÉ VACCINÉ CONTRE LE TÉTANOS? OUI NON

VOTRE ENFANT A-T-IL ÉTÉ VACCINÉ CONTRE LA ROUGEOLE? OUI NON

AUTRES PARTICULARITÉS À NOUS SIGNALER SUR LE PLAN MÉDICAL (CHIRURGIE, BLESSURE GRAVE, ETC.) :

VOTRE ENFANT A-T-IL DES RESTRICTIONS POUR CERTAINES ACTIVITÉS. DOIT-IL PORTER DES PROTHÈSES PARTICULIÈRES?

OUI NON SI OUI, PRÉCISEZ : _____

PARTICULARITÉS SUR LE CARACTÈRE OU LE COMPORTEMENT DE VOTRE ENFANT : (hyperactivité, ennui, phobie, etc.)

Je certifie que les renseignements fournis sur la fiche médicale de mon enfant sont exacts et j'autorise la direction à donner à mon enfant les soins médicaux appropriés (médicaments et traitements mineurs) et, en cas d'urgence, à prendre les dispositions nécessaires recommandées par un médecin. Je m'engage par le fait même, à défrayer le coût des soins administrés à mon enfant, le cas échéant.

Veillez prendre note que toutes les informations concernant l'état de santé de votre enfant demeureront confidentielles. Elles seront transmises uniquement à son animateur et à son responsable afin de permettre un meilleur encadrement ainsi qu'une intervention plus efficace en cas d'urgence.

Signature : _____ Date : _____

AUTORISATION PARENTALE AFIN DE PRENDRE DES PHOTOS DE VOTRE / VOS ENFANTS.

Chers parents,

Cet été, le camp de jour de la Ville de Sainte-Marguerite-du-Lac-Masson prévoit prendre différentes photos de votre / vos enfants. En référence à la loi protégeant la vie privée et en tant que représentants légaux de votre enfant mineur, le Camp Gourou doit vous demander une autorisation préalable à la prise de photographie.

Le Camp Gourou s'engage à prendre les photos prises que dans le cadre des activités spéciales et des sorties afin d'en faire la diffusion à l'intérieur des infrastructures du camp de jour.

Les images seront utilisées sous le contrôle et la responsabilité du camp de jour de Sainte-Marguerite/Estérel.

Ainsi, nous vous demandons l'autorisation afin de photographier votre / vos enfants.

Je agissant en tant que responsable légal, autorise mon / mes enfants, à apparaître sur les photographies prises lors des activités et des sorties.

Je reconnais donner cette autorisation,

Fait à:, le2017



Signature du parent _____

AUTORISATION POUR ALLER A LA BIBLIOTHEQUE

Chers parents,

Cet été, il y aura différentes activités organisées à l'extérieur du camp de jour. En effet, nous profiterons de plusieurs installations qui ne se retrouvent pas sur le territoire du camp de jour. Nous avons besoin de votre autorisation afin que votre enfant profite de ces activités. Vous serez toujours informés par une lettre à l'avance lors de ces sorties à l'extérieur du camp de jour.

J'autorise mon / mes enfants _____ à se rendre à la bibliothèque à pied.

Mon enfant :

À une carte de bibliothèque pour apporter des livres à la maison.

Aura une carte de bibliothèque pour apporter des livres à la maison

N'a aucune carte de bibliothèque



Signature du parent : _____ Date : _____ 2017

À tous les parents
Campgourou
Sainte-Marguerite-du-Lac-Masson

Objet : Demande d'autorisation pour un atelier

Chers parents,

Le Centre de zoothérapie communautaire offrira des ateliers de prévention des morsures de chien au camp de jour. Votre enfant sera probablement en contact avec des chiens. Conscient des allergies et des phobies possibles, nous demandons si vous autorisez votre enfant à participer à cette activité.

J'accepte que mon enfant participe à cette activité

	Oui	Non
Nom de l'enfant : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nom de l'enfant : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nom de l'enfant : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nom de l'enfant : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Signature du parent ou du représentant

Date