



FORMULAIRE ADMISSION

CAMP DE JOUR -SCA 2026 (5 à 10 ans) 2016 à 2021



INFORMATION GÉNÉRALE

Nom de l'enfant :

Âge :

Date de naissance :

Nom de l'enfant :

Âge :

Date de naissance :

Nom de l'enfant :

Âge :

Date de naissance :

***L'enfant doit être né entre 2016 et 2021 pour s'inscrire au camp.**

Avec qui habite votre enfant ?

Ses parents

Sa mère

Son père

Autre :

Nom du parent :

Nom du parent :

Adresse :

Coordonnées téléphoniques :

Maison :

Cellulaire :

Autre :

Adresse courriel :

Personne autorisée à venir récupérer votre enfant :

Père

Mère

Seul

A partir de quelle heure :

Autre :

Personnes à contacter en cas d'urgence (autre que les parents)

Nom :

Téléphone :

Lien :

Voici une liste d'actions vécues dans le camp de jour. Cochez celles qui sont difficiles pour votre enfant et précisez pourquoi.

- Nager _____
- Courir _____
- Se nourrir _____
- Aller à la toilette _____
- Aller en forêt _____

*A noter que ces informations sont demandées de manière à mieux encadrer votre enfant.

Informations supplémentaires :



FORMULAIRE ADMISSION



FICHE SANTÉ

Votre enfant a-t-il besoin de surveillance constante dans l'eau ?	Oui	Non
Préciser :		
Votre enfant présente-t-il des problèmes de comportement ?	Oui	Non
Si oui, décrire :		
Votre enfant prend-il des médicaments ?	Oui	Non
Si oui, noms des médicaments et posologie :		
Les prend-il lui-même ?	Oui	Non

A signer si votre enfant doit prendre des médicaments au Camp de jour.

Par la présente, j'autorise les personnes désignées par le Camp de jour de Sainte-Christine-d'Auvergne à administrer les médicaments suivants à mon enfant : _____

Signature du parent : _____

Nom de l'enfant :

Souffre-t-il des maux et/ou des allergies suivants ?

Maux			Allergies		
Asthme	Oui	Non	Fièvre des foins	Oui	Non
Diabète	Oui	Non	Herbe à puces	Oui	Non
Épilepsie	Oui	Non	Piqûres d'insectes	Oui	Non
Migraines	Oui	Non	Allergies alimentaires	Oui	Non
			Animaux	Oui	Non
			Médicaments	Oui	Non
Autres, préciser :					

TARIFICATION

Du lundi au vendredi de 8h à 16h30 - Du 22 juin au 14 août 2026

Cochez		Coût - résidents	Coût - non-résidents	Nombre d'enfant	Information supplémentaire (ex : absent les lundis)
	1) 22 au 26 juin 2026	35.00\$	48.00\$		
	2) 29 juin au 3 juillet 2026	35.00\$	48.00\$		
	3) 6 au 10 juillet 2026	35.00\$	48.00\$		
	4) 13 au 17 juillet 2026	35.00\$	48.00\$		
	5) 20 au 24 juillet 2026	35.00\$	48.00\$		
	6) 27 au 31 juillet 2026	35.00\$	48.00\$		
	7) 3 au 7 août 2026	35.00\$	48.00\$		
	8) 10 au 14 août 2026	35.00\$	48.00\$		

A noter que le camp de jour sera fermé mercredi le 24 juin et le 1 juillet 2026.

Payable un mois avant le début du camp. Vous recevrez une facture suite à l'inscription. Possibilité d'entente de paiement.

TARIF FAMILIAL :

2^e enfant = 29.75\$ / semaine

3^e enfant et plus = 21\$ / semaine



J'autorise la municipalité de Sainte-Christine-d'Auvergne et le personnel du camp de jour à prendre des photos de mon enfant ou mes enfants lors des activités de groupe du camp de jour et accepte que la municipalité utilise ces photos à des fins publicitaires.

Initiales

J'autorise la municipalité de Sainte-Christine-d'Auvergne et le personnel du camp de jour à prodiguer tous les premiers soins nécessaires à mon enfant. J'autorise également la municipalité et le personnel du camp de jour à appeler l'ambulance en cas d'accident, s'ils le jugent nécessaire.

Initiales

Je confirme que j'ai pris connaissance du « GUIDE CAMP DE JOUR » et des frais engendrés en cas de non-respect des heures d'ouverture du camp de jour.

Initiales

Je confirme que toutes les informations inscrites sont exactes. J'ai pris connaissance des règlements du camp de jour, de la politique disciplinaire ainsi que les modalités pour les remboursements.

Initiales

Signature parent :

Date :

*Retourner le formulaire dûment rempli au loisirs@sca.quebec ou directement à l'hôtel de ville au 80 rue Principale.

➤ **A compléter pour recevoir un reçu d'impôt**

Le reçu d'impôt est émis au nom de la personne qui a payé les frais d'inscription de l'enfant.

- Nom :
- Prénom :
- Numéro d'assurance sociale :
- Adresse :
- Code postal :