



FORMULAIRE ADMISSION

CAMP DE JOUR – SCA 2024 (5 à 10 ans)



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 2014 et 2019 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 25 juin au 16 août 2024

| Cochez | | Coût - résidents | Coût - non-résidents | Nombre d'enfant | Information supplémentaire (ex : absent les lundis) |
|--------|--------------------------|------------------|----------------------|-----------------|---|
| | 1) 25 au 28 juin 2024 | 30.00\$ | 42.00\$ | | |
| | 2) 2 au 5 juillet 2024 | 30.00\$ | 42.00\$ | | |
| | 3) 8 au 12 juillet 2024 | 30.00\$ | 42.00\$ | | |
| | 4) 15 au 19 juillet 2024 | 30.00\$ | 42.00\$ | | |
| | 5) 22 au 26 juillet 2024 | 30.00\$ | 42.00\$ | | |
| | 6) 29 au 2 août 2024 | 30.00\$ | 42.00\$ | | |
| | 7) 5 au 9 août 2024 | 30.00\$ | 42.00\$ | | |
| | 8) 12 au 16 août 2024 | 30.00\$ | 42.00\$ | | |

A noter que le camp de jour sera fermé les lundis 24 juin et 1 juillet 2024.

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 = 25.50\$ / semaine

3^e enfant et plus = 18.00\$ / 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 :