



Camp de jour Papowogan 2019 -

Fiche inscription

Renseignements généraux sur l'enfant			
Prénom		Nom	
Date de naissance		Âge au 30-06-19	
Personne(s) responsable(s)			
Prénom, Nom		Prénom - Nom	
Lien avec l'enfant	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur	Lien avec l'enfant	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur
Adresse		Adresse	
Téléphone	(Rés)	Téléphone	(Rés)
	(Bur)		(Bur)
	(Cell)		(Cell)
Courriel		Courriel	
PRÉSENCE AU CAMP			
Cochez	DATES	Cochez	DATES
<input type="checkbox"/>	24 au 28 juin 2019	<input type="checkbox"/>	22 au 26 juillet 2019
<input type="checkbox"/>	1 ^{er} au 5 juillet 2019	<input type="checkbox"/>	29 au 2 août 2019
<input type="checkbox"/>	8 au 12 juillet 2019	<input type="checkbox"/>	5 au 9 août 2019
<input type="checkbox"/>	15 au 19 juillet 2019	<input type="checkbox"/>	12 au 16 août 2019
SERVICE DE GARDE			
Votre enfant fréquentera-t-il le service de garde ?			
Le matin entre 7h30 et 8h30		OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Le soir entre 16h00-17h00		OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Votre enfant est-il autorisé à partir SEUL le soir ? (à partir de 16h00)		OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	



Camp de jour Papow8gan 2019 - Fiche inscription

PERSONNE(S) AUTORISÉE(S) À VENIR CHERCHER L'ENFANT

(autre que les parents et/ou tuteur de l'enfant)

Prénom, Nom		Prénom, Nom	
Lien avec l'enfant		Lien avec l'enfant	
Téléphone		Téléphone	

Autorisation

- J'autorise le camp de jour Papow8gan à prendre des **photos et vidéos** de mon enfant.
- J'autorise le camp de jour Papow8gan à **publier des photos et vidéos** de mon enfant via la page **Facebook** du SEFPN et/ou du groupe **Facebook Camp de jour Papow8gan 2019**
- J'autorise mon enfant à se **déplacer en marchant** accompagné de l'équipe de coordination et d'animation du camp de jour pour se rendre aux activités se déroulant hors du lieu principal du camp.
(Ex. : Aller à la piscine, aller à la bibliothèque, etc.)
- J'accepte que pour la durée du camp, on **communique** avec moi via le **groupe Facebook Camp de jour Papow8gan 2019**
- J'accepte d'être téléphoné(e) pour un retour hâtif de mon enfant sans remboursement, pour des raisons de mauvais comportements, de possession et/ou de consommation de drogue ou toutes autres raisons jugées sérieuses par la direction.

Signature du parent ou tuteur

Date



Camp de jour Papow8gan 2019 - Choix de sortie(s)

Identification de l'enfant		
Prénom		Nom
Choix de sortie(s)		
Cochez	Date	Activité
<input type="checkbox"/>	<i>Jeudi 4 juillet 2019</i>	B-Fly
<input type="checkbox"/>	<i>Jeudi 11 juillet 2019</i>	Pépinière du Parc –L'expérience coureur des bois
<input type="checkbox"/>	<i>Jeudi 18 juillet 2019</i>	Parc de l'Île St-Quentin
<input type="checkbox"/>	<i>Jeudi 25 juillet 2019</i>	Centre des sciences de Montréal + IMAX
<input type="checkbox"/>	<i>Jeudi 1er août 2019</i>	Planétarium de Montréal
<input type="checkbox"/>	<i>Jeudi 8 août 2019</i>	Zoo St-Édouard



Camp de jour Papow8gan 2019 - Fiche Santé

Renseignements généraux sur l'enfant

Prénom		Nom	
N° d'assurance-maladie		Expiration (MM/AA)	

Votre enfant a-t-il reçu un diagnostic ? OUI NON

Si oui, veuillez préciser :

Votre enfant présente-t-il des particularités dont nous devrions être avisés?
(Dans le but de pouvoir mieux l'accompagner)

Allergies

Votre enfant possède-t-il une dose d'adrénaline (Epipen, Ana-Kit) ? OUI NON

Si oui, veuillez préciser la (les) allergie(s) et le(s) détail(s) de celle(s)-ci (sévérité et symptômes)

À signer si votre enfant a une dose d'adrénaline

Par la présente, j'autorise les personnes désignées par le Camp de jour Papow8gan d'Odanak à administrer, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline _____ à mon enfant.

(Préciser Epipen ou Ana-Kit)

Signature du parent ou tuteur



Camp de jour Papow8gan 2019 - Fiche Santé

Vaccin(s)			
Votre enfant a-t-il reçu le(s) vaccin(s) suivant(s) : <input type="checkbox"/> Tétanos <input type="checkbox"/> Rougeole			
Médicament(s)			
Votre enfant prend-t-il des médicaments ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			
Si oui, précisez,			
Nom du médicament		Posologie	
Votre enfant, prend-t-il ses médicaments lui-même? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			
Si votre enfant doit prendre un médicament au courant de la journée, veuillez mettre le médicament et la posologie dans un sac. Veuillez les remettre à la coordonnatrice.			
PERSONNE(S) À CONTACTER EN CAS d'URGENCE			
<i>(autre que les parents et/ou tuteur de l'enfant)</i>			
Prénom, Nom		Prénom, Nom	
Lien avec l'enfant		Lien avec l'enfant	
Téléphone		Téléphone	
Autorisation			
<input type="checkbox"/> Je certifie avoir fourni tous les renseignements nécessaires dans la fiche santé de mon enfant			
<input type="checkbox"/> Je comprends que mon enfant peut être retourné à la maison pour des raisons de contagion			
<input type="checkbox"/> Si des modifications concernant l'état de santé de mon enfant survenaient avant le début ou pendant la période du camp de jour, je m'engage à transmettre cette information à la direction du camp de jour, qui fera le suivi approprié avec l'équipe de coordination et d'animation du camp.			
<input type="checkbox"/> J'autorise le Camp de jour Papow8gan d'Odanak à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Si l'équipe de coordination du Camp de jour Papow8gan d'Odanak le juge nécessaire, je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire.			
<input type="checkbox"/> S'il est impossible de me joindre, j'autorise le médecin choisi par les autorités du camp à prodiguer à mon enfant tous les soins médicaux requis par son état, y compris la pratique d'une intervention chirurgicale, des injections, l'anesthésie et l'hospitalisation. Advenant un tel cas, ces interventions seront aux frais des parents.			
_____ Signature du parent ou tuteur		_____ Date	



Camp de jour Papow8gan 2019 - Formulaire : Paiement

Identification de l'enfant

Prénom

Nom

Pour émission du relevé 24

Prénom, nom (du parent payeur)

NAS

Paiement

Détail	Coût	Total	
Inscription (Obligatoire)	50.00\$		<input type="checkbox"/> 50.00\$
Sortie(s)	10.00\$/chacune	1 sortie	<input type="checkbox"/> 10.00\$
		2 sorties	<input type="checkbox"/> 20.00\$
		3 sorties	<input type="checkbox"/> 30.00\$
		4 sorties	<input type="checkbox"/> 40.00\$
		5 sorties	<input type="checkbox"/> 50.00\$
		6 sorties	<input type="checkbox"/> 60.00\$
Chandail (Obligatoire pour les sorties)	10.00\$		<input type="checkbox"/> 10.00\$
Sélectionner la grandeur requise <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L ou <input type="checkbox"/> S (adulte) <input type="checkbox"/> M (adulte) <input type="checkbox"/> L (adulte)			
TOTAL			
<input type="checkbox"/> Comptant <input type="checkbox"/> Chèque			