



## FICHE D'INSCRIPTION ET FICHE SANTÉ CAMP DE JOUR - MUNICIPALITÉ HÉROUXVILLE - ÉTÉ 2022

Pour chaque enfant à inscrire, vous devez remplir un formulaire. Les informations soumises dans ce formulaire nous sont précieuses. Ce formulaire ne garantit pas votre inscription au camp de jour, une fois le nombre d'inscriptions maximales atteint, les personnes suivantes seront placées sur une liste d'attente. **Les inscriptions seront validées dans l'ordre d'arrivée des formulaires d'inscription.** Un courriel confirmant la place réservée ou la mise sur la liste d'attente de votre enfant vous sera envoyé **dans la semaine du 9 mai 2022.**

- Le nombre de places est de 34 inscriptions, pour les enfants entre **5 et 12 ans (maternelle 5 ans complétée)**
- **Quand** : 27 juin au 12 août inclusivement (fermé le 1er juillet)
- **Durée** : 7 semaines de camp
- **Heures** (incluant le service de garde) : de 7 h 30 à 17 h 30, du lundi au vendredi (*Modulable, en fonction de la demande citoyenne*)
- **Coût** : (incluant le service de garde) :
  - 240 \$ pour 1 enfant ;
  - 400\$ pour 2 enfants ;
  - 500\$ pour 3 enfants.
- **L'inscription est réservée aux résidents de Hérouxville ;**
- **Période d'inscription : 25 avril au 5 mai 2022**
- Veuillez soumettre le formulaire d'inscription complété et dûment signé par courriel à [loisirs.her@regionmekinac.com](mailto:loisirs.her@regionmekinac.com) ou en vous présentant au **1160 Saint-Pierre Sud, à Hérouxville.**



1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX			
<b>Nom complet de l'enfant :</b>		<b>Sexe :</b> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
<b>Adresse :</b>		<b>Date de naissance :</b>	
<b># assurance maladie :</b>			
2. INFORMATIONS SUR LES RÉPONDANTS DE L'ENFANT			
Nom :		Nom :	
Adresse :		Adresse :	
Téléphone :	Cell. :	Téléphone :	Cell. :
	Rés. :		Rés. :
	Bur. :		Bur. :
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"/>		
3. FACTURATION ET RELEVÉ 24			
Informations sur le parent payeur			
Nom :		Numéro d'assurance sociale (NAS) :	
Adresse :			
<b>Y-a-t-il d'autres enfants de votre famille inscrits au camp de jour?</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
Nom(s) de l'(des) autre(s) enfant(s)			

4. URGENCE			
Personne à joindre en cas d'URGENCE : Père et mère <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Partagée <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/>			
Deux autres personnes à joindre en cas d'URGENCE :			
Nom :		Nom :	
Lien avec l'enfant :		Lien avec l'enfant :	
Téléphone	Cell. :	Téléphone	Cell. :
	Rés. :		Rés. :
	Bur. :		Bur. :
5. ARRIVÉE ET DÉPART			
Votre enfant est-il autorisé à partir seul le soir : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
<p>Veillez identifier la ou les personnes autorisées à venir chercher votre enfant.            Veuillez 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 dans ce formulaire, vous devez transmettre au préalable un avis écrit précisant le nom de cette personne.</p>			
Nom :		Nom :	
Lien :		Lien :	
6. FICHE SANTÉ			
<p>Les informations concernant l'état de santé de votre enfant demeurent confidentielles. Elles seront transmises à notre équipe du camp de jour afin d'offrir un meilleur encadrement et une intervention efficace en cas d'urgence. Merci de remplir toutes les cases.</p>			
Votre enfant a-t-il déjà subi une intervention chirurgicale? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, Date : _____ Raison : _____			
Blessures graves		Maladies chroniques ou récurrentes	
Date :		Date :	
Décrire :		Décrire :	
Votre enfant a-t-il des problèmes de santé?			
Diabète	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Gavage	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Allergie sévère (point 7 pour détailler)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Problème respiratoire grave	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Épilepsie	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Problème cardiaque	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Autre (précisez) :			



7. ALLERGIES			
<b>A-t-il des allergies?</b>			
Piqûres d'insectes	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Fièvre des foins	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Animaux	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Herbes à puces	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Médicaments	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Piqûres d'insectes	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Allergies alimentaires*	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Animaux*	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
*Précisez :			
Autres :			
Votre enfant a-t-il déjà eu recours à un Épipen? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Épipen, Ana-kit) en raison de ses allergies? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
<p><b>À SIGNER SI VOTRE ENFANT A UNE DOSE D'ADRÉNALINE</b></p> <p>Par la présente, j'autorise les personnes désignées par le camp de jour à administrer, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline _____ à mon enfant.</p>			
SIGNATURE DU RÉPONDANT : _____		DATE : _____	
8. MÉDICAMENTS			
Est-ce que votre enfant prend un ou des médicaments? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
Si oui, nom des médicaments :		Posologie :	
Les prend-il lui-même? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Fréquence :	
Si votre enfant doit prendre des médicaments, vous devrez, à votre arrivée au camp de jour, remplir un formulaire d'autorisation de prise de médicament afin que les responsables puissent distribuer le médicament à votre enfant.			
9. POUR MIEUX CONNAÎTRE VOTRE ENFANT : ces renseignements nous sont très précieux pour offrir une meilleure expérience à votre enfant			
De manière générale, comment décrivez-vous la personnalité de votre enfant? (plusieurs réponses sont possibles)			
<input type="radio"/> Sociable <input type="checkbox"/> Calme <input type="radio"/> Timide <input type="checkbox"/> Autre, précisez : <input type="radio"/> Actif			
Quelles sont les meilleures façon d'encourager/motiver votre enfant? (renforcements positifs utilisés à la maison ou à l'école que nous pouvons utiliser au camp de jour):			
Quels sont les intérêts et activités préférées de l'enfant?			
Y a-t-il des activités qui peuvent poser un problème pour votre enfant?			
A-t-il des phobies/peurs?		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Si oui, lesquelles et comment intervenir?			
Comment interagit-il avec ses pairs :			

Comment interagit-il avec les détenteurs d'autorité :	
Comment interagit-il avec les nouvelles personnes :	
Votre enfant présente-t-il des problèmes de comportement? <input type="radio"/> Agressivité envers lui-même <input type="checkbox"/> Anxiété <input type="radio"/> Agressivité envers les autres <input type="checkbox"/> Opposition régulière <input type="radio"/> Opposition occasionnelle <input type="checkbox"/> Problème de fugue <input type="radio"/> Autre :	
Si vous avez coché une ou plusieurs cases, veuillez décrire les interventions efficaces à utiliser (encadrement personnalisé, conséquences prévisibles, besoin d'un endroit calme, etc.) :	
Votre enfant a-t-il tendance à faire des crises :	<b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b> <input type="checkbox"/>
Si oui, quels sont les signes précurseurs (ex. : agitation) :	
Si oui, quelles sont les interventions efficaces à utiliser? :	
Votre enfant a-t-il un ou des besoins parmi les suivants? (plusieurs réponses sont possibles) <input type="radio"/> S'alimenter <input type="radio"/> S'habiller <input type="radio"/> Se déplacer <input type="radio"/> Soins personnels <input type="radio"/> Je souhaite qu'on communique avec moi (parent ou tuteur) par téléphone pour expliquer les besoins :	
Votre enfant porte-t-il des prothèses?	<b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b> <input type="checkbox"/>
Si oui, décrire :	
Fille : A-t-elle commencé à être menstruée? <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b> <input type="checkbox"/> <b>Non et elle n'est pas renseignée</b> <input type="checkbox"/> <b>Non, mais elle est renseignée</b> <input type="checkbox"/>	
Y a-t-il des considérations particulières à ce sujet?	
Y a-t-il d'autres facteurs que vous aimeriez nous faire connaître à propos de votre enfant?	
<b>10. CONSENTEMENT (CASES À COCHER)</b>	
<input type="radio"/> <b>Étant donné que le camp de jour de la municipalité de Hérouxville prendra des photos et (ou) des vidéos au cours des activités de mon enfant durant l'été, je l'autorise à se servir de ce matériel en tout ou en partie à des fins promotionnelles. Tout le matériel utilisé demeurera la propriété du camp de jour de Hérouxville.</b>	
<input type="radio"/> <b>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'animateur de mon enfant.</b>	
<input type="radio"/> <b>En signant la présente, j'autorise le camp de jour de la municipalité de Hérouxville à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Si la direction du camp de jour le juge nécessaire, je l'autorise également à transporter mon enfant, par ambulance ou autrement dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire.</b>	
<input type="radio"/> <b>Je m'engage à collaborer avec la direction du camp de jour de la municipalité de Hérouxville et à venir la rencontrer si le comportement de mon enfant nuit au bon déroulement des activités.</b>	

### Mesures sanitaires COVID-19 et acceptation du risque

Dans un contexte de pandémie, le camp de jour mettra en place les mesures de protection recommandées par la santé. Afin de minimiser le risque de contagion et de propagation du virus, il est la responsabilité de toute personne, notamment les enfants inscrits au camp et leurs parents (tuteurs) de respecter les mesures de protection mises en place par le camp de jour.

- Je discuterai des normes avec mon enfant, en lui expliquant les mesures et l'importance de les respecter.
- Je comprends et j'accepte que le camp de jour ne puisse garantir un milieu sans COVID-19, qui soit exempt de contamination ou de contagion.

### Code de vie

Applicable à l'ensemble des participants, clients et membres du personnel, il prône les valeurs du respect et de la non-violence dans le langage et les gestes. Le code de vie est présenté verbalement et par écrit aux participants, clients et membres du personnel, et affiché dans le milieu.

Un code de vie sera donc expliqué et remis à vos enfants dès le début du camp.

- Je m'engage à expliquer le code de vie à mon enfant.

**SIGNATURE DU RÉPONDANT :** \_\_\_\_\_ **DATE :** \_\_\_\_\_

- **Une fois votre inscription remise:**



- Un courriel confirmant la place réservée ou la mise sur la liste d'attente de votre enfant vous sera envoyé dans la **semaine du 9 mai 2022**.
- Si votre(vos) enfant(s) a(ont) une(des) place(s) réservée(s), le courriel contiendra la facture des frais d'inscription au camp de jour qui sont payables :
  - **En 1 versement (Reçu au maximum le 27 mai 2022)**  
ou
  - **En 2 versements égaux (1<sup>er</sup> versant au maximum le 27 mai 2022, et le 2<sup>e</sup> versement au maximum le 27 juin 2022)**

- **MODALITÉ DE PAIEMENT**

- ✓ Les frais d'inscription peuvent également être payés **par chèque ou en argents aux bureaux municipaux**.

- **MODALITES DE REMBOURSEMENT**

Sous toutes réserves, les frais d'inscription au camp de jour seront remboursés selon les modalités qui seront déterminés par le conseil municipal, en fonction des raisons ou motivations. Toute demande de remboursement doit être faite par écrit à l'adresse courriel suivante : [loisirs.her@regionmekinac.com](mailto:loisirs.her@regionmekinac.com) .

- J'accepte les modalités de remboursement.
- Je comprends que ce formulaire ne confirme pas en soi l'inscription de mon enfant.

**SIGNATURE DU RÉPONDANT :** \_\_\_\_\_ **DATE :** \_\_\_\_\_