



CAMP DE JOUR – MUNICIPALITÉ DE HÉROUXVILLE

Section réservée
à l'administration

ÉTÉ 2024

FICHE D'INSCRIPTION ET FICHE SANTÉ

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 les jours suivants la réception du formulaire.**

- Le nombre de places est de 60 inscriptions, pour les enfants entre **5 et 12 ans (maternelle 5 ans complétée)**
- Quand** : 25 juin au 16 août inclusivement (fermé le 1^{er} juillet)
- Durée** : 8 semaines de camp
- Heures** : de 7 h 00 à 17 h 00, du lundi au vendredi (*Modulable, en fonction de la demande citoyenne*)
- Coût** : (incluant le service de garde) :
 - 370 \$ pour 1 enfant ;
- Les places disponibles seront attribuées par la formule du « premier arrivé, premier servi ».
- Période d'inscription : 3 au 24 mai 2024**
- Veuillez soumettre le formulaire d'inscription complété et dûment signé par courriel à loisirs.her@regionmekinac.com ou en vous présentant au **1160 Saint-Pierre Sud, Hérouxville QC, G0X 1J0.**

FICHE D'INSCRIPTION

| 1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR L'ENFANT | |
|--|--|
| Nom complet de l'enfant : | Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> |
| Adresse : | Date de naissance : |
| # assurance maladie : *Obligatoire | |

| 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 complet : | | Numéro d'assurance sociale (NAS) : | |
| Adresse : | | | |
| Y a-t-il d'autres enfants de votre famille inscrits au camp de jour? | | | |
| 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"/> | | | |
| Si oui, à quelle heure est-il autorisé à quitter SEUL le camp de jour ? _____ | | | |
| Veuillez 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. | | | |
| Nom : | | Nom : | |
| Lien : | | Lien : | |

6. SORTIES

Veillez cocher les sorties auxquelles votre enfant participera :

| | Sorties | Dates | Coûts |
|-----------------------|---|--------------------------|--------------|
| <input type="radio"/> | Musée de la Biodiversité du Québec | Mardi 2 juillet 2024 | Complet |
| <input type="radio"/> | Sortie rencontre entre camps de jour de Mékinac | Mercredi 10 juillet 2024 | Complet |
| <input type="radio"/> | Domaine enchanteur (Domaine de la forêt perdue) | Mercredi 17 juillet 2024 | 25.00 \$ |
| <input type="radio"/> | Récréofun | 7 août 2024 | 30.00 \$ |

Désirez-vous être parent-accompagnateur pour l'une de ces sorties ? Oui Non

Si oui, veuillez inscrire la ou les sorties qui vous intéressent :

9. POUR MIEUX CONNAÎTRE VOTRE ENFANT :

Ces renseignements nous sont très précieux pour offrir une meilleure expérience à votre enfant

Quelles sont les meilleures façons 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 Non

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="checkbox"/> Agressivité envers lui-même <input type="checkbox"/> Anxiété <input type="checkbox"/> Agressivité envers les autres <input type="checkbox"/> Opposition régulière <input type="checkbox"/> Opposition occasionnelle <input type="checkbox"/> Problème de fugue <input type="checkbox"/> 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 : | Oui <input type="checkbox"/> Non <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="checkbox"/> S'alimenter <input type="checkbox"/> S'habiller <input type="checkbox"/> Se déplacer <input type="checkbox"/> Soins personnels <input type="checkbox"/> Je souhaite qu'on communique avec moi (parent ou tuteur) par téléphone pour expliquer les besoins : | |
| Votre enfant porte-t-il des protections pour la baignade ? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Y a-t-il d'autres facteurs que vous aimeriez nous faire connaître à propos de votre enfant? | |
| <hr/> <hr/> <hr/> | |
| 10. CONSENTEMENT (CASES À COCHER) | |
| <input type="checkbox"/> 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. | |
| <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'animateur de mon enfant. | |
| <input type="checkbox"/> 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. | |
| <input type="checkbox"/> 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. | |

J'autorise les employés du camp de jour à vérifier les cheveux de mon enfant en cas de soupçons afin d'éviter la propagation de poux au camp.

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 **les jours suivants sont inscription.**

- 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 24 mai 2024) ou**
 - **En 2 versements égaux (1^{er} versant au maximum le 24 mai 2024, et le 2^e versement au maximum le 14 juin 2024)**
- **MODALITÉ DE PAIEMENT :**
Les frais d'inscription peuvent être payés par chèque* ou argents aux bureaux municipaux. **Il est aussi possible de payer par virement Interac à l'adresse suivante : loisirs.her@regionmekinac.com**

*Prière d'adresser le chèque au nom du Comité des loisirs de Hérouxville

- **MODALITÉS DE REMBOURSEMENT :**
Toute demande de remboursement doit être faite par écrit à l'adresse courriel suivante : loisirs.her@regionmekinac.com.

CONDITIONS D'ANNULATION DE L'INSCRIPTION

Annulation avant le début du camp :

Remboursement complet, sans frais ni pénalité.

Annulation pendant le camp :

Païement des services déjà reçus avec pénalité de 100.00\$ par enfant. Aucun remboursement pour les sorties.

Expulsion de l'enfant pendant le camp :

Aucun remboursement. Aucun remboursement pour les sorties.

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 :** _____

FICHE SANTÉ

| RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR L'ENFANT | | | | | |
|--|---|-------------------------------------|---|---|-------------------------------------|
| Nom complet de l'enfant : | | | | Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> | |
| # assurance maladie : | | | | | |
| <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.</p> <p>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 | | | | | |
| A-t-il des allergies? | | | | | |
| Piqûres d'insectes | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Rhume 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 Non

Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Épipen, Ana-kit) en raison de ses allergies?

Oui Non

À SIGNER SI VOTRE ENFANT A UNE DOSE D'ADRÉNALINE

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.

SIGNATURE DU RÉPONDANT : _____ **DATE :**

8. MÉDICAMENTS

Est-ce que votre enfant prend un ou des médicaments ? Oui Non

Si oui, nom des médicaments :

Posologie :

Les prend-il lui-même? Oui Non

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.