**CAMP DE JOUR – MUNICIPALITÉ DE HÉROUXVILLE**

**ÉTÉ 2025**

**Non-Résident**



Section réservée

à l’administration

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 **dès que possible.**

* Le nombre de places est de 60 inscriptions, pour les enfants entre **5 et 12 ans (maternelle 5 ans complétée)**
* **Quand :** 25 juin au 15 août inclusivement
* **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) :

**450 $ par enfant ;**

Les places disponibles seront attribuées par la formule du « premier arrivé, premier servi

**Période d’inscription : 1 mai au 15 mai 2025, inclusivement**

* 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** ▢ **F** ▢ |
| **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** ▢ **Mère** ▢ **Père** ▢ **Partagée** ▢ **Tuteur** ▢ | | | |
| **3. FACTURATION ET RELEVÉ 24** | | | | |
| **Informations sur le parent payeur** | | | | |
| Nom complet : |  | | Numéro  d’assurance sociale (NAS) :  \*Obligatoire |  |
| 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** ▢ **Mère** ▢ **Père** ▢ **Partagée** ▢ **Tuteur** ▢ | | | | | | |
| **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** ▢ **Non** ▢  **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** |
| **Veuillez cocher les sorties auxquelles votre enfant participera :**  Prendre note que le camp de jour est fermé lors des sorties.  O Sortie au camp Val-Notre-Dame, le 9 juillet 2025 : Cout 5$ - Transport assuré par les parents  O Sortie au camp Val-Notre-Dame, le 30 juillet 2025 : Cout 5$ - Transport assuré par les parents  (Le camp Val-Notre-Dame est situé à Hérouxville sur le Rang St-Pierre Nord)  O Sortie au Domaine Tavibois, le 2 juillet 2025 : Gratuit - Transport assuré par les parents  O Sortie au Domaine Tavibois, le 6 août 2025 : Gratuit- Transport assuré par les parents  (Le domaine Tavibois est situé à Hérouxville sur le chemin du Domaine-Tavibois)  O Sortie rencontre entre camps de jour de Mékinac , le 16 juillet 2025 : Gratuit et transport inclus  **Désirez-vous être parent-accompagnateur pour l’une de ces sorties ?** **Oui ▢ Non ▢**  Si oui, veuillez inscrire la ou les sorties qui vous intéressent : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| **7. POUR MIEUX CONNAÎTRE VOTRE ENFANT :**  **Dans le but d’offrir une expérience positive en camp de jour pour votre enfant et s’assurer de répondre adéquatement à ses besoins, les questions qui suivent nous aideront à mieux intervenir auprès de 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?  ▢ Agressivité envers lui-même ▢ Anxiété  ▢ Agressivité envers les autres ▢ Opposition régulière  ▢ Opposition occasionnelle ▢ Problème de fugue  ▢ 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** ▢ **Non** ▢ |
| Si oui, quels sont les signes précurseurs (ex. : agitation) : | | |
| Si oui, quelles sont les interventions efficaces à utiliser? : | | |
| Votre enfant a-t-il un suivi particulier pendant l’année (CLSC, CIUSS, technicien(ne) en éducation spécialisée, psychoéducateur(trice), travailleur(se) social(e), etc.) ?  Nom du professionnel : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Titre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ poste \_\_\_\_\_\_\_ | **Oui** ▢ **Non** ▢ | |
| Si oui, autorisez-vous les échanges sur le fonctionnement et les comportements de votre enfant entre les professionnels en suivi à son dossier et la coordination du camp de jour de la municipalité de Hérouxville ? | **Oui** ▢ **Non** ▢ | |
| Votre enfant a-t-il un ou des besoins parmi les suivants? (plusieurs réponses sont possibles)  ▢ S’alimenter  ▢ S’habiller  ▢ Se déplacer  ▢ Soins personnels  ▢ 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** ▢ **Non** ▢ |
| Y a-t-il d’autres facteurs que vous aimeriez nous faire connaître à propos de votre enfant?  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| **8. CONSENTEMENT (CASES À COCHER)** | | |
| ▢ **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 demeura la propriété du camp de jour de Hérouxville.**  ▢ **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.**  ▢ **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.**  ▢ **J’autorise les échanges sur le fonctionnement et les comportements de mon enfant entre les professionnels en suivi à son dossier et la coordination du camp de jour de la municipalité de Hérouxville.**  ▢ **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.**  **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.

* 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 23 mai 2025) ou**

**- En 2 versements égaux (1er versant au maximum le 23 mai 2025, et le 2e versement au maximum le 13 juin 2025)**

**Veuillez noter que votre enfant ne pourra pas accéder au camp de jour si le paiement total de l'inscription n'a pas été effectué.**

* **MODALITÉ DE PAIEMENT :**

Les frais d’inscription peuvent être payés par chèque ou 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](mailto:loisirs.her@regionmekinac.com).

**CONDITIONS D’ANNULATION DE L'INSCRIPTION**

**Annulation avant le début du camp :**

Remboursement de 50% des frais d’inscription.

**Annulation pendant le camp :**

Paiement 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.

X **J’accepte les modalités de remboursement.**

X **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** ▢ **F** ▢ |
| **# assurance maladie :** |  | |

**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.** | | | | |
| Votre enfant a-t-il déjà subi une intervention chirurgicale ? **Oui ▢ Non ▢**  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** ▢ | **Non** ▢ | Problème respiratoire grave | **Oui** ▢ **Non** ▢ |
| Épilepsie | **Oui** ▢ | **Non** ▢ | Problème cardiaque | **Oui** ▢ **Non** ▢ |
| Autre (précisez) : | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ALLERGIES** | | | | | |
| **A-t-il des allergies?** | | | | | |
| Piqûres d’insectes | **Oui** ▢ | **Non** ▢ | Rhume des foins | **Oui** ▢ | **Non** ▢ |
| Animaux | **Oui** ▢ | **Non** ▢ | Herbes à puces | **Oui** ▢ | **Non** ▢ |
| Médicaments | **Oui** ▢ | **Non** ▢ | Piqûres d’insectes | **Oui** ▢ | **Non** ▢ |
| Allergies alimentaires\* | **Oui** ▢ | **Non** ▢ | Animaux\* | **Oui** ▢ | **Non** ▢ |
| \*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 : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | |
| **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. | | | | | |