

FICHE D'INSCRIPTION AU CAMP DE JOUR 2024

1-	<u>Nom et prénom de l'enfant</u>	<u>Date de naissance</u>	<u>Sexe</u>
2-	<u>Adresse de l'enfant</u>	<u>Numéro assurance maladie</u>	<u>Date d'expiration</u>
	<u>Nom et prénom du père</u>	<u>Téléphone à la maison</u>	<u>Autre numéro de téléphone</u>
	Adresse (No civique, rue, ville, province, code postal):		
	Le père est autorisé à venir chercher l'enfant	OUI : <input type="checkbox"/>	NON : <input type="checkbox"/>
	<u>Nom et prénom de la mère</u>	<u>Téléphone à la maison</u>	<u>Autre numéro de téléphone</u>
	Adresse (No civique, rue, ville, province, code postal):		
	La mère est autorisée à venir chercher l'enfant	OUI : <input type="checkbox"/>	NON : <input type="checkbox"/>
3-	Pour obtenir un reçu d'impôt, le parent payeur doit inscrire son numéro d'assurance sociale		
	Nom et prénom :	NAS	
	Je refuse de fournir mon numéro d'assurance sociale	<input type="checkbox"/>	
	J'accepte de donner mon numéro d'assurance social	<input type="checkbox"/>	
	Signature :		
4-	Nom des 2 personnes autres que les parents à joindre en cas d'urgence et qui peuvent venir chercher l'enfant		
	Nom et prénom :	Téléphone :	
	Nom et prénom :	Téléphone :	
5-	DOSSIER MÉDICAL	Oui	Non
	Détails importants		
	Trouble du langage :		
	TDA avec ou sans hyperactivité :		
	Allergie :		Epipen / bénadryl :
	Troubles oppositionnels, impulsivité		
	Trouble envahissant développement:		
	Spectre autistique :		
	Médicament (s):		Dose / fréquence :
	Autre maladie :		
	Dyspraxie, dysphasie, épilepsie		
	<u>Nom du médecin et numéro de téléphone :</u>		
6-	SÉCURITÉ AQUATIQUE		
	Nage très bien seul et sans flotteur :		Nage sans flotteur mais avec surveillance :
	Nage avec Flotteur :	Ne sait pas nager :	À peur de l'eau :
7-	Mon enfant aura besoin des heures hors camp régulier 175\$ pour le 1er enfant et 150\$ les suivants	AM (6h30 à 9h)	PM (15h à 18h)
8-	J'autorise la direction d'Ô Chalet, ainsi que son personnel, à prodiguer tous les soins nécessaires pour mon enfant. J'autorise également le transport en ambulance ou par tout autre moyen (à mes frais) jusqu'à l'hôpital ou dans un établissement de soins hospitaliers. De plus, en cas d'urgence et s'il m'est impossible de vous rejoindre, j'autorise le médecin choisi par les autorités du camp de jour d'Ô Chalet Aimé-Massue à prodiguer les soins médicaux requis par son état, y compris la pratique d'une intervention chirurgicale, transfusion, injections, anesthésie, etc.		
	Signature parentale : _____		Date : _____
9-	J'accepte que mon enfant soit photographié durant son séjour au camp de jour d' Ô Chalet Aimé-Massue et j'accepte que ces images servent à des		
	Signature parentale : _____		Date : _____
10-	Si vous souhaitez que votre enfant quitte seul le camp de jour d'Ô Chalet Aimé-Massue, veuillez l'indiquer. Le personnel se réserve le droit de ne pas acquiescer à la demande du parent si la sécurité de l'enfant est menacée (tempête, conditions dangereuses, etc.)		
	J'accepte	Oui : <input type="checkbox"/>	Non : <input type="checkbox"/>
	que mon enfant : _____		
	quitte seul le camp de jour et je dégage le personnel de toutes responsabilités.		
11-	Je déclare que je vais prendre connaissance du guide du parent qui sera remis en début de saison. Je déclare que les renseignements fournis dans ce document sont exacts et complets, à la présente date. J'ai également pris connaissance des modalités de paiement, des généralités et des informations du camp de jour.		
	Signature parentale : _____		Date : _____