



Municipalité d'Oka

FICHE D'INSCRIPTION

CAMP DE JOUR D'OKA

IDENTIFICATION – UNE FICHE PAR ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Fille : ____ Garçon : ____ Âge : _____ ans

L'enfant vient de compléter la (année scolaire ou garderie) : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Téléphone : _____

Nom et prénom du parent 1 : _____

Téléphone jour : _____ Cellulaire: _____

Nom et prénom du parent 2 : _____

Téléphone jour : _____ Cellulaire: _____

Date de naissance parent 1 : _____ Parent 2 : _____

Courriel : _____

Veillez indiquer une personne à contacter en cas d'urgence *autre* que les parents :

Nom et prénom du contact 1 : _____

Lien avec l'enfant : _____

Téléphone d'urgence : _____

Nom et prénom du contact 2 : _____

Lien avec l'enfant : _____

Téléphone d'urgence : _____

AUTORISATION DE DÉPART

Mon enfant pourra quitter le parc avec : (*veillez cocher et inscrire le nom et prénom ou l'heure*)

- Avec le parent 1 Avec le parent 2
- Avec son frère/sœur : _____
- Avec son beau-père/belle-mère : _____
- Avec les grands-parents : _____
- Seul ou autre à partir de : _____

**** Notez qu'en aucun cas l'enfant pourra quitter le camp avec une personne ne figurant pas sur cette liste, à moins d'une permission contraire de votre part.**

Initiales : _____

FICHE SANTÉ

Votre enfant souffre-t-il d'allergies? Oui Non

Si oui, clarifiez : _____

Possède-t-il un auto-injecteur EpiPen (Dose d'adrénaline)? Oui Non

Est-il constamment en sa possession? Oui Non

Peut-il se l'administrer lui-même? 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 de la Municipalité d'Oka à administrer, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline à mon enfant.

Signature du parent

Votre enfant souffre-t-il de problèmes respiratoires? (Asthme) : Oui Non

Si oui, possède-t-il une médication? _____

A-t-il besoin de celle-ci sur une base régulière? _____

Autres problèmes de santé : _____

Votre enfant est-il vacciné contre le tétanos? Oui Non

Si oui, à quand remonte son dernier vaccin? : _____

DÉTAILS CONCERNANT L'ACCOMPAGNEMENT PARTICULIER

Quelle est la situation médicale de votre enfant : _____

Quels sont les symptômes (Exemple : Isolé, sieste, difficulté à suivre un groupe, problèmes comportementaux) : _____

Initiales : _____

Votre enfant a-t-il un suivi particulier à l'école? OUI NON

Si oui, clarifiez : _____

Est-ce que vous possédez un rapport d'évaluation de l'école de votre enfant : OUI NON

Votre enfant prend-il des médicaments*? OUI ↑NON

Si oui, noms des médicaments :

_____ Posologie : _____

_____ Posologie : _____

Les prend-il lui-même? OUI NON Précisez : _____

*Si votre enfant doit prendre des médicaments, vous devez remplir un formulaire d'autorisation de prise de médicament afin que les responsables puissent distribuer le médicament prescrit à votre enfant.

Pour bénéficier d'un animateur accompagnateur, vous devrez inscrire votre enfant au forfait tout inclus.

Un dépôt de 50% (210 \$) est exigible au moment de la réservation de la place de mon enfant (mois de mars), la balance est payable lors de la période d'inscription du 30 avril au 11 mai 2018 durant les heures de bureau ainsi que le jeudi 10 mai 2018 de 18 h à 20 h à la Salle de la Mairie.

Autres commentaires pertinents : _____

Initiales : _____

Vos attentes envers l'accompagnateur

Je souhaite que l'accompagnateur :

- Lui explique les consignes L'aide à s'intégrer dans les activités
 Adapte les activités si nécessaire Autres :

Les activités que mon enfant aime faire :

Ce qu'il aime moins faire :

Ses forces :

Merci de nous communiquer les informations pouvant contribuer au bon déroulement de la présence de votre enfant au camp de jour d'Oka.

Présence au camp

Mon enfant sera présent :

- Tous les jours Toutes les semaines
 Lors des sorties S'il y aura des absences veuillez les indiquer :

** Nous vous prions de nous informer de toute absence prévue ou non afin que nous puissions coordonner l'horaire de l'accompagnateur en conséquence.

AUTORISATION PHOTOGRAPHIE

Au cours des semaines, nous prendrons des photos de vos enfants et des activités réalisées. Ces photos serviront uniquement à des fins de communication pour promouvoir les services de la Municipalité d'Oka et pourront être publiées dans les divers outils de communication de celle-ci.

- J'accepte que mon enfant soit photographié.
 Je refuse que mon enfant soit photographié.

Signature : _____ **Date :** _____

RABAIS FAMILIAL

- **15 %** est applicable sur l'inscription d'un deuxième enfant de la même famille sur le forfait tout inclus seulement.
- Le tarif ne peut s'élever à plus de 1000 \$ par famille.

INSCRIPTION

Forfait tout inclus

Comprend les frais d'inscription, le service de garde, l'animation tous les jours et les sorties **si elles ont été cochées**.

Forfait tout inclus 420 \$

Sous-total Inscription : _____ \$ - Rabais familial de _____ \$ = _____ \$

SORTIES À COCHER

- 4 juillet : **Amusement Action Direct** 30 \$
- 11 juillet : **45 degrés Nord**..... 35 \$
- 18 juillet : **École-O-Champ**..... 30 \$
- 1^{er} août : **Cabaret chez Lalande**..... 25 \$
- 3 août : **Soirée Festivocamp** 5 \$
- 8 août : **Plage d'Oka**..... 15 \$

Attention : Il est très important de cocher les sorties auxquelles votre enfant participera pour faciliter les réservations. Le cas échéant, votre enfant ne pourra malheureusement pas participer aux sorties.

Sous total des sorties : _____ \$

GRAND TOTAL : _____ \$

RELEVÉ 24

Afin d'obtenir le Relevé 24, il est **obligatoire** de fournir **toutes** les informations relatives à cette section, y compris le numéro d'assurance sociale (NAS). Si cette section n'est pas remplie ou incomplète, nous ne serons pas en mesure de vous fournir le Relevé 24. Soyez assurés que cette section de la fiche d'inscription restera confidentielle et que seules les personnes autorisées y auront accès. À la fin du camp de jour, ces renseignements seront détruits.

INFORMATIONS RELATIVES À LA PRODUCTION DU RELEVÉ 24

Nom, prénom de l'enfant : _____

Nom, prénom du parent : _____

Adresse : _____ Ville : _____

Code postal : _____ Téléphone : _____

Numéro d'assurance sociale : _____

**En cas de séparation, quel est le pourcentage de répartition du relevé 24 s'il y a lieu.

_____ % pour parent indiqué précédemment

_____ % pour parent suivant :

Nom et prénom : _____

Adresse : _____ Ville : _____

Code postal : _____ Téléphone : _____

Numéro d'assurance sociale : _____

Signature : _____ **Date** : _____

Initiales : _____