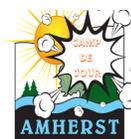




Municipalité d'Amherst



Formulaire d'inscription – camp de jour (été 2020)

Nom de l'enfant : _____ Sexe (féminin/masculin/autre) : _____

Âge au 29 juin 2020 : _____ Date de naissance (jour/année/mois) : _____

Adresse (et code postal) : _____

Téléphone à la maison : _____

Noms frères et sœurs (et de la famille recomposée) : _____

Garde de l'enfant

Papa et maman	Maman	Papa	Partagée	Tuteur
			<u>Précisez :</u>	<u>Précisez :</u>

Informations maman

Nom : _____ Courriel : _____

Adresse (si différente de celle de l'enfant) : _____

Téléphone cellulaire : _____ Téléphone travail (poste) : _____

Meilleur moyen pour contacter rapidement (cellulaire, Messenger, etc.) : _____

Informations papa

Nom : _____ Courriel : _____

Adresse (si différente de celle de l'enfant) : _____

Téléphone cellulaire : _____ Téléphone travail (poste) : _____

Meilleur moyen pour contacter rapidement (cellulaire, Messenger, etc.) : _____

Personne(s) autorisée(s) à venir chercher mon enfant à toute heure du jour

Qui peut venir chercher mon enfant (autre que l'un des deux parents)?

*** Veuillez noter que si ce n'est pas une personne autorisée qui vient chercher votre enfant, le personnel du camp de jour 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 au présent formulaire à venir chercher votre enfant, vous devez transmettre au préalable à Smoothie un avis écrit précisant le nom de cette personne.

Nom : _____ Lien de parenté : _____

Numéro de téléphone : _____

Nom : _____ Lien de parenté : _____

Numéro de téléphone : _____

Autorisation de sortie

Mon enfant est-il autorisé à partir seul du camp de jour en tout temps? (encerclez)

Le midi (pour aller dîner à la maison) : oui (précisez l'heure _____) non

Le soir : oui (précisez l'heure _____) non

Autorisations



Municipalité d'Amherst

Autorisation pour transport en ambulance (ou autre) et soins d'urgence pour :

Nom enfant

J'autorise la Municipalité d'Amherst (moniteurs et/ou coordonnateur) à prendre les mesures nécessaires en cas d'urgence pour les soins et le transport en ambulance (ou autre) de mon enfant.

Signature du parent

Date



Municipalité d'Amherst

Autorisation de sortie quotidienne pour : _____

Nom enfant

J'autorise la Municipalité d'Amherst (moniteurs et/ou coordonnateur) à sortir avec mon enfant pour des activités extérieures quotidiennes (promenade à pied, maison des jeunes, chalet des loisirs, etc.)

Signature du parent

Date



Municipalité d'Amherst

Autorisation de prise de photo pour : _____

Nom enfant

J'autorise la Municipalité d'Amherst (moniteurs et/ou coordonnateur) à prendre des photographies de mon enfant dans le cadre du camp de jour. Ces photos pourraient être remises à des journaux locaux, publiées sur le site internet de la Municipalité, sur la page Facebook des Loisirs de St-Rémi ou à d'autres parents.

Signature du parent

Date

Fiche santé

<u>1. Renseignements généraux sur l'enfant</u>

Nom de l'enfant : _____ Prénom de l'enfant : _____

Sexe (féminin/masculin/autre) : _____ Âge au 29 juin 2020 : _____

Date de naissance (jour/mois/année) : _____

Numéro d'assurance-maladie (enfant) : _____

Date d'expiration de la carte d'assurance-maladie (enfant) (jour/mois/année) : _____

Nom du médecin traitant : _____

Nom de la clinique ou de l'hôpital : _____

<u>2. Répondant(s) de l'enfant</u>

Prénom et nom du papa :	Prénom et nom de la maman :
Téléphone (travail) :	Téléphone (travail) :
Poste :	Poste :

<u>3. En cas d'urgence</u>

Personne à joindre en cas d'urgence :

Père et ou mère Mère Père Tuteur

Deux autres personnes à joindre en cas d'urgence :

Prénom et nom :	Prénom et nom :
Lien avec l'enfant :	Lien avec l'enfant :
Téléphone maison :	Téléphone maison :
Téléphone (autre, précisez) :	Téléphone (autre, précisez) :

4. Antécédents médicaux**Blessures graves**

Date :
Décrire :

Maladies chroniques ou récurrentes

Date :
Décrire :

Souffre-t-il des maux suivants?

	Oui	Non
Asthme		
Médication à prendre durant le camp :		
Diabète		
Médication à prendre durant le camp :		

Épilepsie		
Médication à prendre durant le camp :		
Migraines		
Médication à prendre durant le camp :		
Autres, précisez :		

*****À signer si nous devons donner un médicament à votre enfant*****

Par la présente, j'autorise les personnes désignées par le Camp de jour de la
Municipalité d'Amherst à donner _____ (nom du médicament) de
_____ (dose ou nombre de comprimés) le _____ (moment de la
journée où nous devons donner le médicament). Je m'assure également que les
médicaments soient toujours en la possession de mon enfant dans _____
(endroit où sera le médicament).

Signature du parent : _____

5. Allergies

A-t-il des allergies?		
	Oui	Non
Rhume des foins		
Herbe à puces		
Piqûres d'insectes*		
Animaux*		
Médicaments*		

Allergies alimentaires*		
*Précisez :		
Autres :		

6. Dose d'adrénaline

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

*****À signer si votre enfant à une dose d'adrénaline*****

Par la présente, j'autorise les personnes désignées par le Camp de jour de la Municipalité d'Amherst à donner une dose d'adrénaline à mon enfant. Je m'assure également que cette dose d'adrénaline soit toujours en la possession de mon enfant dans _____ (endroit où elle sera).

Signature du parent : _____

7. Crème solaire

En raison de la Covid-19, les animateurs et les autres enfants ne pourront pas aider votre enfant à mettre de la crème solaire (exemple : dans le dos). Ainsi, les animateurs auront en tout temps de la crème solaire en vaporisation (en vue de limiter les contacts physiques) ayant au moins un FPS de plus de 30. La marque pourrait varier.

****Votre enfant doit avoir sa propre crème solaire, il s'agit seulement d'une crème solaire que les animateurs auront si votre enfant ne réussit pas à s'en mettre à quelque part.**

Acceptez-vous que l'animateur de votre enfant l'aide à lui mettre de la crème solaire en vaporisation (et si non, alors votre enfant n'aura pas de crème solaire là où il n'est pas capable d'en mettre.)

OUI	NON
------------	------------

Signature du parent ou du tuteur légal

Date

8. Autres informations importantes (pour mieux intervenir auprès de votre enfant)

	Oui	Non
Doit-il avoir une veste de flottaison individuelle (VFI)?		
A-t-il des problèmes de comportements ? <u>Décrire si oui :</u>		
A-t-il un diagnostic ? <u>Décrire si oui :</u>		
Y a-t-il des activités auxquelles votre enfant ne peut participer ou seulement avec certaines restrictions ? <u>Décrire si oui :</u>		

*****Veuillez prendre note que toutes les informations concernant l'état de santé de votre enfant demeureront confidentielles. Elles seront transmises uniquement aux animateurs/coordonnatrice de la Municipalité d'Amherst afin de permettre un meilleur encadrement ainsi qu'une intervention plus efficace en cas d'urgence.*****

Autre

Étant donné la situation, nous ne pourrons pas faire de sortie. Cela dit, il est possible que nous ayons à une plage (toutes à moins de 30 minutes du camp de jour). Vous en serez informé au moins une semaine à l'avance. Advenant que nous ayons à la plage, nous ne pouvons organiser le transport en autobus. Accepteriez-vous d'aller porter votre enfant à la plage et de revenir le chercher à cette dernière (si la réponse est non, il n'y aurait pas de camp de jour pour votre enfant durant cette journée).

OUI	NON
-----	-----

En vue de faciliter l'accueil et le départ des enfants (qui se feront à l'extérieur), nous aimerions connaître votre heure approximative d'arrivée et votre heure approximative de départ avec votre enfant.

Heure d'arrivée (le camp ouvre à 8h00)	
Heure de départ (le camp ferme à 16h)	

Étant donné que nous devons limiter le partage du matériel, le camp de jour aimerait, si cela est possible, que votre enfant apporte pour la durée de l'été du matériel de bricolage personnel (exemple : ciseaux, colle, crayons de bois, etc.). Le matériel que votre enfant utilisait cette année à l'école sera parfait.

Afin de bien planifier le matériel, nous aimerions savoir ce qu'aura votre enfant :

Merci 😊

Autorisation des parents

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 d'Amherst à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Si la direction du Camp de jour de la Municipalité d'Amherst le juge nécessaire, je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire.
- Je m'engage à collaborer avec la direction du Camp de jour de la Municipalité d'Amherst et à venir la rencontrer si le comportement de mon enfant nuit au bon déroulement des activités.
- Je confirme que toutes les informations mentionnées sont vraies.

Nom du parent ou du tuteur légal

Signature du parent ou du tuteur légal

Date

Mesures de protection Coronavirus (Covid-19) – Acceptation du risque

Dans un contexte de pandémie de la Covid-19, le camp de jour de Saint-Rémi-d'Amherst a mis en place les mesures de protection détaillées dans le « Document aux parents – Été 2020 », afin de minimiser le risque de contagion et de propagation du virus.

Il est de la responsabilité de toute personne, notamment des enfants et de leurs parents ou de leurs tuteurs, de respecter les mesures de protection mises en place par le camp de jour de Saint-Rémi-d'Amherst.

Je _____ ai pris connaissance du « Document aux parents – été 2020 » et je m'engage à m'y conformer. J'ai discuté du document avec mon enfant, je lui ai expliqué en quoi consistent les mesures et je l'ai informé de l'importance de les respecter. Je comprends et accepte que le camp de jour de Saint-Rémi-d'Amherst ne pourra garantir un milieu sans COVID-19, qui soit exempt de contamination ou de contagion.

Signature du parent ou du tuteur légal

Date

Frais total (un enfant)

Total camp de jour		Payé par :	Chèques	Crédit	Virement interac
				#	
		Montant			

Aucun remboursement

Nom du parent ou tuteur : _____

Signature du parent ou tuteur : _____ Date : _____