

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

ÉTÉ 2024



SECTION 1 - RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT (ENFANT)

Prénom & nom : _____ Date de naissance : _____
Adresse : _____ No. d'assurance maladie : _____
Ville : _____ Code postal : _____ Date d'expiration : _____
Première expérience au camp? OUI NON Chandail : Petit Moyen Large Adulte petit

SECTION 2 - RENSEIGNEMENTS SUR LES RÉPONDANTS (PARENTS OU TUTEURS)

Prénom & nom : _____ Père Mère Tuteur
Tél. résidence : _____ Tél. Travail ou cell. : _____
Prénom & nom : _____ Père Mère Tuteur
Tél. résidence : _____ Tél. Travail ou cell. : _____

*Courriel de correspondance : _____

*Téléphone en cas d'urgence : _____

SECTION 3 - AUTORISATIONS DE DÉPART

J'AUTORISE MON ENFANT À QUITTER LE SAE À PIED SEUL : OUI NON / À VÉLO SEUL : OUI NON

Si oui, à partir de quelle heure ? _____

J'AUTORISE MON ENFANT À QUITTER LE SAE AVEC UNE AUTRE PERSONNE QUE LA SECTION 2 : OUI NON

Prénom & nom : _____
Lien avec l'enfant : _____ Téléphone : _____

Prénom & nom : _____
Lien avec l'enfant : _____ Téléphone : _____

SECTION 4 - CAPACITÉS AQUATIQUES

Autonomie dans l'eau : * Si l'enfant est épileptique, discutez avec le camp du port du VFI

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nage seul en eau profonde | <input type="checkbox"/> Besoin d'accompagnement |
| <input type="checkbox"/> Nage seul en eau peu profonde | <input type="checkbox"/> Ne sait pas nager |
| <input type="checkbox"/> Nage seul avec <input type="checkbox"/> VFI ou <input type="checkbox"/> flotteurs | <input type="checkbox"/> Doit porter des bouchons |

A-t-il suivi un cours de natation? Oui Non - Dernier niveau de natation complété : _____

SECTION 5 - COÛT ET SERVICES OFFERTS POUR VOTRE ENFANT

Le SAE débutera le 25 juin pour se terminer le 16 août 2024. Cependant, notez que l'horaire peut changer selon les disponibilités des animateurs. L'horaire du SAE est de 8h30 à 16h30 du lundi au vendredi. Le SAE sera fermé le 1^{er} juillet pour la fête du Canada ainsi que les 2 semaines des vacances de la construction (du 22 juillet au 2 août inclusivement)

J'accepte de payer le coût d'inscription pour mon/mes enfant(s) au montant de :

Résident :	1 ^{er} enfant <input type="checkbox"/>	325.00\$	2 ^e enfant <input type="checkbox"/>	250.00\$	3 ^e enfant <input type="checkbox"/>	200.00\$
Non-résident :	1 ^{er} enfant <input type="checkbox"/>	365.00\$	2 ^e enfant <input type="checkbox"/>	290.00\$	3 ^e enfant <input type="checkbox"/>	240.00\$

Je ferai le **paiement complet au plus tard le 13 juin 2024** : _____

Signature

Modalités de paiement : Par chèque (à l'ordre de : Municipalité de Saint-Ludger), par transfert bancaire (reception@st-ludger.qc.ca) ou par SIPC (avec le même numéro de matricule que votre compte de taxes).

Champs obligatoires

SECTION 6 - SITUATION DE SANTÉ ET IDENTIFICATION DES BESOINS PARTICULIERS DE L'ENFANT

- Allergie : _____
- Asthme : pompe
- Diabète
- Épilepsie
- Troubles visuels : lunettes lentilles
- Troubles auditifs : appareil
- Troubles cardiaques
- Vertige
- Déficience motrice : _____
- Déficience intellectuelle
- Tendance à faire des crises
- Troubles de langage
- Trouble du comportement
- Anxiété
- Trouble déficitaire de l'attention Avec hyperactivité
- Trouble du spectre de l'autisme (TSA)
- Peurs/phobies : _____
- Autre : _____

Décrire les soins ou les interventions efficaces à utiliser : _____

CLAUSE DE CONFIDENTIALITÉ : les renseignements fournis sont utilisés à des fins informatives auprès du personnel afin d'assurer la santé, la sécurité et le bien-être de l'enfant. Cette fiche sera détruite un an après la date de signature du présent formulaire.

SEULS LES MÉDICAMENTS PRESCRITS PAR UN SPÉCIALISTE DE LA SANTÉ SERONT ADMINISTRÉS

Votre enfant doit-il prendre des médicaments **sur les heures du camp**? Oui Non Si oui, compléter ce tableau :

Nom du médicament	Posologie (# ou milligramme)	Heure du traitement	Endroit d'application	Raison
Exemples : RITALIN ÉPIPEN	2 capelets 1 dose	10 h 30 Au besoin rapidement	Avaler avec de l'eau Sur la cuisse	Hyperactivité Allergie abeilles

SECTION 7 - ATTESTATIONS ET AUTORISATIONS

- Je reconnais que pour assurer aux enfants un séjour sécuritaire et de qualité, le Service d'animation estivale se doit d'obtenir, au sujet des enfants, les informations les plus complètes possible. Par la présente, je déclare que toutes les informations requises ont été fournies pour permettre l'inscription de _____ au Service d'animation estivale et que ces informations sont exactes et complètes.
- J'autorise le Service d'animation estivale à prendre des photos et des vidéos de mon enfant pendant son séjour et à les utiliser à des fins promotionnelles (Infolettre, site internet ou autre).
- J'autorise le personnel du Service d'animation estivale à administrer à mon enfant ses **médicaments prescrits sur ordonnance identifiés ci-haut**.
- Médicaments en vente libre (si applicable)**
J'autorise le personnel du Service d'animation estivale à administrer à mon enfant, **si nécessaire**, un ou plusieurs médicaments sans ordonnance en vente libre.
Cocher les médicaments :
 - Acétaminophène (*Tylenol, Tempra*)
 - Anti-inflammatoire Ibuprofène (*Advil*)
 - Antiémétique (*Gravol*)
 - Antibiotique en crème (*Polysporin*)
 - Antihistaminique (*Benadryl, Reactine*)
 - Autre, précisez : _____
- J'autorise la direction du Service d'animation estivale à faire en sorte que soient prodigués à mon enfant tous les soins nécessaires. Je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement (à mes frais) et à le faire admettre dans un établissement de santé. De plus, en cas d'urgence, ou s'il est impossible de nous joindre, j'autorise le médecin choisi par les autorités du camp à prodiguer à mon enfant tous les soins médicaux requis par son état, y compris la pratique d'une réanimation, intervention chirurgicale, transfusion, injections, anesthésie, hospitalisation.
- Si des modifications concernant l'état de santé de mon enfant survenaient avant le début ou pendant la période du camp, je m'engage à transmettre cette information à la direction du camp, qui fera le suivi approprié avec le camp.

Signature du parent ou tuteur: _____ **Date :** _____