



TERRAIN DE JEUX UNIFIÉ ST-CAMILLE, ST-MAGLOIRE, STE-SABINE
POUR TOUS LES JEUNES DE 5 À 12 ANS



Du 26 juin au 11 août 2023 (avec un arrêt du 23 au 29 juillet)

Pour inscrire votre enfant, vous devez remplir la fiche d'inscription ci-dessous et la **remettre au bureau municipal** avec le paiement, au plus tard le **vendredi 5 mai 2023**.

Coût d'inscription : 135 \$/1^{er} enfant, 125 \$/2^e enfant, 115 \$/3^e enfant et chaque enfant supplémentaire 75 \$/semaine par enfant pour les non-résidents

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR L'ENFANT

Nom : _____ **Prénom :** _____
Sexe : _____ **Date de naissance :** _____
Âge : _____
Adresse : _____ **Ville :** _____
Code postal : _____ **Téléphone :** _____

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR LES PARENTS OU TUTEUR
PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Personnes à contacter en cas d'urgence

| | |
|-------------------------|-------------------------|
| Nom du père: _____ | Nom de la mère: _____ |
| Adresse: _____ | Adresse: _____ |
| Téléphone: (Rés.) _____ | Téléphone: (Rés.) _____ |
| (Bur.) _____ | (Bur.) _____ |
| (Cell.) _____ | (Cell.) _____ |
| Courriel: _____ | Courriel: _____ |

Garde de l'enfant

Père et mère Mère Père Partagée Tuteur

Prénom et nom : _____ Prénom et nom : _____
Téléphone (rés.): _____ Téléphone (rés.): _____
(autre): _____ (autre): _____

FICHE SANTÉ

Veillez prendre note que toutes les informations concernant l'état de santé de votre enfant demeureront confidentielles. Elles seront transmises uniquement à son animateur et à son responsable afin de permettre un meilleur encadrement ainsi qu'une intervention plus efficace en cas d'urgence.

Souffre-t-il d'allergies (alimentaire, médicaments, piqûres d'insectes), asthme ou a-t-il des handicaps susceptibles de restreindre des activités physiques ? Non : _____ Oui : _____

Précisez : _____

Autres particularités médicales ou problèmes émotionnels (Ex: les peurs) à signaler :

Prend-il des médicaments ? Si oui, lesquels et posologie _____

Les prend-il lui-même? Oui Non (remplir l'autorisation)

À signer si votre enfant à une dose d'adrénaline (Epipen, Ana-Kit)
ou si l'animateur doit lui aider pour la prise de son (ses) autre(s) médicament(s)

Par la présente, j'autorise les personnes désignées par le terrain de jeux unifié de Saint-Camille, Saint-Magloire et Sainte-Sabine à administrer, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline ou autres médicaments à mon enfant selon la posologie suivante : _____

Signature du parent ou tuteur

*** Merci de remplir le verso de la feuille d'inscription ***

TERRAIN DE JEUX UNIFIÉS ST-CAMILLE, ST-MAGLOIRE, STE-SABINE

AUTORISATIONS DIVERSES

Nom de l'enfant: _____

AUTORISATION DE SORTIE

- Mon enfant **ne pourra retourner à la maison** pour dîner et il **devra dîner au chalet des loisirs**.
- J'autorise mon enfant à quitter le terrain des loisirs par lui-même, **à la fin de la journée et/ou sur l'heure du dîner**, soit à pied ou à vélo.
- Mon enfant n'est pas autorisé à partir seul, mais les personnes suivantes peuvent venir le chercher sur l'heure du dîner et à la fin de la journée : _____

Merci de nous indiquer si, par ordre de la cour, une personne n'a plus l'autorisation d'être en présence de l'enfant (ex : parent) : _____

*** Vous devez avertir **par écrit** les moniteurs si votre enfant doit quitter avant l'heure prévue ou bien avec une personne autre que désignée ci-haut. Nous vous remercions de votre compréhension

APPLICATION DE CRÈME SOLAIRE AU COURS DE LA JOURNÉE PAR LES ANIMATEURS

- Oui (figure, dos, bras et bas des jambes) Non

APPARITION SUR DES PHOTOS POUR FINS DE PUBLICATION (JOURNAL, FEUILLETS...)

- Oui, mon enfant peut apparaître sur des photos Non

CAPACITÉ À NAGER

Votre enfant a-t-il besoin d'un gilet de sauvetage dans l'eau? Oui Non
(Afin d'évaluer sa capacité de nager, celui-ci doit être capable de nager 10 mètres dans le profond).

PARENT BÉNÉVOLE

Nous aimerions créer une liste de parents bénévoles pour aider à la **surveillance** et la **sécurité** des jeunes lors d'activités spéciales ou de sorties. Si vous êtes intéressé, veuillez inscrire votre nom et vos disponibilités (ex. : les vendredis ou la semaine du ...).

Nom: _____ Disponibilité: _____

AUTRES AUTORISATIONS ET INFORMATIONS

- 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 terrain de jeux, qui fera le suivi approprié avec l'animateur de mon enfant.
- J'autorise le terrain de jeux à prodiguer les premiers soins à mon enfant, ainsi qu'à transporter mon enfant par ambulance ou autrement dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire.
- Je m'engage à collaborer avec les responsables du terrain de jeux et à venir les rencontrer si le comportement de mon enfant nuit au bon déroulement des activités.
- Je consens à ce que mon enfant aille à pied, accompagné par les moniteurs, aux différents sites pour faire des activités et/ou aller jouer dans les jeux extérieurs.

Je déclare que les renseignements indiqués ci-dessus sont exacts et je joins la somme de _____ \$ pour couvrir les frais d'inscription.

Signature du parent ou du tuteur

P.S. Nous recommandons fortement que chaque enfant soit couvert par une **assurance accident** pour participer aux différentes activités