



Formulaire d’inscription SAE

1. L'ENFANT

Prénom		Sexe	
Nom de famille		Date de naissance	/ / (MM / JJ / AAAA)
Adresse			
Ville		Code postal	
Degré de scolarité complété			
No .Assurance-Maladie		Date d'expiration	
Taille de t-shirt	Junior S ☐ M ☐ L ☐ Adulte S ☐ M ☐ L ☐		Première expérience de camp? Oui ☐ Non ☐

2. PARENT(S) / TUTEUR(S)

Prénom		Prénom	
Nom de famille		Nom de famille	
Lien avec l'enfant		Lien avec l'enfant	
Adresse		Adresse	
Téléphone	Maison	Téléphone	Maison
	Bur.		Bur.
	Cell.		Cell.
Courriel		Courriel	

3. CONTACTS D'URGENCE (AUTRE QUE PARENTS)

Contact # 1		Contact # 2	
Nom		Nom	
Prénom		Prénom	
Lien avec l'enfant		Lien avec l'enfant	
Téléphone	Maison	Téléphone	Maison
	Bur.		Bur.
	Cell.		Cell.

4. BESOINS PARTICULIERS ET DIAGNOSTIC

Notre camp souhaite intégrer les enfants ayant des besoins particuliers. Les informations sur la santé de votre enfant sont précieuses et nous permettront de lui faire vivre une expérience camp réussie. Merci de compléter la fiche d’évaluation des besoins en annexe.

Votre enfant a-t-il reçu un diagnostic? (trouble de comportement, TDA/H, anxiété, trouble du spectre de l’autisme, déficience motrice, intellectuelle, visuelle, etc.) Oui ☐ Non ☐		Si non, est-il en attente d'un diagnostic? Oui ☐ Non ☐	
Si oui, lequel(s) :			
Doit-il être accompagné dans ses activités au camp ? Oui ☐ Non ☐ Ratio suggéré : _____ (1/1, 1/2, etc.)			
Afin d’assister l’évaluation des besoins de mon enfant, j’autorise le camp de jour de Saint-Robert-Bellarmin à contacter les intervenants suivants :			
Organisme (CRDI, CSSS, École, etc.)	Nom de l’intervenant	Fonction	Coordonnées

Cocher la case correspondante à votre choix

	4 jours	4 Jours
	Résident	Non-Résident
Coût pour 1 enfant	225.00 \$ ☐	325.00\$ ☐
Coût pour 2 enfants	400.00 \$ ☐	500.00\$ ☐

Ouvert du 23 juin au 14 août 2025
Du lundi au jeudi de 6h15 à 17h00
Fermé : 24 juin, 30 juin; du 18 juillet au 3 août inclusivement.

Inscription payable en 2 versements seulement : 30 mai et 13 juin 2025

Option de paiement

- Par chèque à l'ordre de « Municipalité St-Robert-Bellarmin » et apporter votre chèque au bureau municipal au 10 rue Nadeau, sur les heures d'ouverture
- Accès D : Par le compte de taxe en choisissant :
- Municipalités-Robert-Bellarmin-Taxes(Qc), en utilisant le matricule suivant : 9999 99 0104 et inscrire dans le descriptif : Prénom de l'enfant
- Par virement : 815 – 20157 – 4400503
Identification : Prénom de l'enfant et inscrire dans la case Raison : SAE

Veuillez nous transmettre un courriel, afin de nous aviser que vous avez fait votre paiement en nous donnant : le montant, le nom des parents et des enfants à : adjointe@st-robertbellarmin.qc.ca

Personne à qui sera émis un Relevé 24 pour impôts			
Prénom et Nom:		No. Assurance sociale	_____ - _____ - _____

6. UTILISATION DES DONNÉES PERSONNELLES

- ☐ La Municipalité Saint-Robert-Bellarmin accorde une grande importance à la protection de la vie privée et à la sécurité des données personnelles. La politique de confidentialité de la Municipalité Saint-Robert-Bellarmin a pour but de vous informer sur les types de données que nous collectons à votre sujet et la manière dont nous les utilisons, les raisons pour lesquelles nous les collectons et les droits dont vous disposez.
Pour consulter la politique, visitez le <https://www.st-robertbellarmin.qc.ca/>
- ☐ J'autorise la Municipalité Saint-Robert-Bellarmin à collecter, à détenir et à utiliser mes données personnelles et/ou celles de mon enfant, contenues dans cette fiche d'inscription au camp de jour pour l'été 2025. Cette mesure vise à assurer une gestion adéquate du camp et à en améliorer le fonctionnement, tout en respectant la Loi 25.

7. AUTORISATIONS (Cocher les cases si requis)

☐	J'autorise le Camp de jour de Saint-Robert-Bellarmin à prendre des photos et des vidéos de mon enfant pendant son séjour et à les utiliser à des fins promotionnelles.
☐	Médicaments en vente libre (si applicable) J'autorise le personnel du Camp de jour de Saint-Robert-Bellarmin à administrer à mon enfant, si nécessaire, un ou plusieurs médicaments sans ordonnance en vente libre. Cocher les médicaments : ☐ Acétaminophène (<i>Tylenol, Tempra</i>) ☐ Antiémétique (<i>Gravol</i>) ☐ Antihistaminique (<i>Benadryl, Reactine</i>) ☐ Anti-inflammatoire Ibuprofène (<i>Advil</i>) ☐ Antibiotique en crème (<i>Polysporin</i>) ☐ Sirop contre la toux ☐ Autre, précisez : _____
	☐ J'autorise la direction du Camp de jour de Saint-Robert-Bellarmin 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 intervention chirurgicale, transfusion, injections, anesthésie, hospitalisation, etc.
☐	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 :	