

**MUNICIPALITÉ SAINT-PIERRE-DE-L'ÎLE-D'ORLÉANS**

**FICHE D'INSCRIPTION CAMP DE JOUR - FICHE URGENCE SANTÉ**

**IDENTIFICATION DE L'ENFANT**

NOM ET PRÉNOM : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

MUNICIPALITÉ : \_\_\_\_\_ CODE POSTAL : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE (JJ-MM-AAAA) : \_\_\_\_\_

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE : \_\_\_\_\_ EXPIRE LE : \_\_\_\_\_

NOM DE LA MÈRE : \_\_\_\_\_

ADRESSE (SI DIFFÈRE DE CELLE DE L'ENFANT) : \_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE (RÉSIDENCE) : \_\_\_\_\_ (BUR. OU CELL.) \_\_\_\_\_

NOM DU PÈRE : \_\_\_\_\_

ADRESSE (SI DIFFÈRE DE CELLE DE L'ENFANT) : \_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE (RÉSIDENCE) : \_\_\_\_\_ (BUR. OU CELL.) \_\_\_\_\_

ADRESSE COURRIEL : \_\_\_\_\_

**EN CAS D'URGENCE** ET EN L'ABSENCE DES PARENTS, QUELLE PERSONNE DEVONS-NOUS APPELER? (SVP AVISER CETTE PERSONNE)

NOM : \_\_\_\_\_ TÉLÉPHONE : \_\_\_\_\_

MON ENFANT VIENT DE TERMINER SA :

MATERNELLE  2<sup>E</sup> ANNÉE  4<sup>E</sup> ANNÉE  6<sup>E</sup> ANNÉE   
1<sup>ÈRE</sup> ANNÉE  3<sup>E</sup> ANNÉE  5<sup>E</sup> ANNÉE

**ÉTAT DE SANTÉ**

AUCUN PROBLÈME DE SANTÉ : \_\_\_\_\_

PORT DE PROTHÈSES : AUCUNE AUDITIVE VISUELLE AUTRE : \_\_\_\_\_

PROBLÈME DE SANTÉ :

○ ALLERGIE À QUOI? \_\_\_\_\_  
RÉACTIONS MANIFESTÉES : \_\_\_\_\_  
L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU À UTILISER L'ÉPIPEN? \_\_\_\_\_  
L'ENFANT AURA-T-IL SON ÉPIPEN AU CAMP : \_\_\_\_\_

○ ASTHME FRÉQUENCE DES CRISES : \_\_\_\_\_  
L'ENFANT AURA-T-IL SES POMPES AU CAMP : \_\_\_\_\_

○ DIABÈTE : \_\_\_\_\_ ÉPILEPSIE : \_\_\_\_\_ AUTRE; \_\_\_\_\_

○ VERRUES (SI NON TRAITÉES, L'ACCÈS À LA PISCINE PEUT ÊTRE LIMITÉ)

○ DÉFICIT DE L'ATTENTION : AVEC OU SANS HYPERACTIVITÉ \_\_\_\_\_  
MÉDICATION : \_\_\_\_\_  
L'ENFANT AURA-T-IL À PRENDRE SON MÉDICAMENT AU CAMP : \_\_\_\_\_

**AUTORISATION DES PARENTS**

J'AUTORISE LES AUTORITÉS AU CAMP DE JOUR DE LA MUNICIPALITÉ SAINT-PIERRE À DIFFUSER, POUR DES RAISONS DE SÉCURITÉ, À TOUT LE PERSONNEL DU CAMP, LES INFORMATIONS QUE COMPREND LA PRÉSENTE FICHE ET, EN CAS D'URGENCE (ACCIDENT OU MALADIE SUBITE), À PRENDRE LES MESURES NÉCESSAIRES, À DISPENSER LES PREMIERS SOINS ET À VEILLER AU TRANSPORT DE MON ENFANT JUSQU'AU LIEU DE TRAITEMENT, SI CELA S'AVÈRE NÉCESSAIRE. SI UN TRANSPORT EN AMBULANCE OU EN TAXI EST REQUIS, CELUI-CI SERA EFFECTUÉ AUX FRAIS DES PARENTS.

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE DE L'AUTORITÉ PARENTALE

\_\_\_\_\_  
DATE

**CAMP DE JOUR DU 27 JUIN AU 19 AOÛT 2016**  
**LA HALTE-GARDERIE EST INCLUSE DANS LE PRIX DE L'INSCRIPTION**

NOMBRE(S) D'ENFANT(S) PAR FAMILLE	PRIX CAMP D'ÉTÉ MULTISPORTS	RABAIS POLITIQUE FAMILIALE DE LA MUNICIPALITÉ	COÛT POUR LES PARENTS DE SAINTE-PÉTRONILLE
1 ENFANT	750.00\$	375.00\$	750.00\$ - 375.00\$ = 375.00\$
2 ENFANTS	1500.00\$	750.00\$	1500.00\$ - 750.00\$ = 750.00\$
3 ENFANTS	2250.00\$	1125.00\$	2250.00\$ - 1125.00\$ = 1125.00\$

**MONTANT À PAYER :** \_\_\_\_\_

**LE PARENT QUI VIENDRA CHERCHER SON ENFANT APRÈS 17 H 30 DEVRA PAYER 1,00 \$ DE LA MINUTE PAR ENFANT PAYABLE AU MOMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU OU DES ENFANTS.**

**SOURCE : RÈGLEMENT # 423-2015**

**LES FRAIS D'INSCRIPTIONS SONT NON REMBOURSABLES**

VOULEZ-VOUS UN REÇU AUX FINS D'IMPÔT?    OUI    \_\_\_\_\_    NON    \_\_\_\_\_

SI OUI, À QUEL NOM DOIT-ON REMETTRE LE REÇU?    \_\_\_\_\_

NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE :    \_\_\_\_\_

SIGNATURE DU PARENT :    \_\_\_\_\_

ADRESSE DE RETOUR :    MUNICIPALITÉ SAINT-PIERRE-DE-L'ÎLE- D'ORLÉANS  
 PAR LA POSTE    515, ROUTE DES PRÊTRES  
                                  SAINT-PIERRE-DE-L'ÎLE-D'ORLÉANS (QUÉBEC)  
                                  GOA 4E0

ADRESSE COURRIEL :    mcpouliot@stpierreio.ca

SI VOUS DÉSIREZ OBTENIR DES INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES, N'HÉSITEZ PAS À COMMUNIQUER AVEC LE SECRÉTARIAT MUNICIPAL AU 418-828-2855 POSTE 1.

