**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

1ère Année

2e année

3e année

4e année

5e année

6e 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 26 JUIN AU 18 AOÛT 2017**

**LA HALTE-GARDERIE EST INCLUSE DANS LE PRIX**

**DE L‘INSCRIPTION**

|  |  |
| --- | --- |
| **nombre(s) d’enfant(s) par famille** | **prix camp d’été Multisports** |
| 1 ENFANT | 750.00$ |
| 2 ENFANTS | 1500.00$ |
| 3 ENFANTS | 2250.00$ |
| 4 ENFANTS | 3000.00$ |

**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 # 437-2016**

**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)

 G0A 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.

