

CAMP DE JOUR DE SAINT-ALPHONSE

FICHE D'INSCRIPTION ÉTÉ 2025

1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR L'ENFANT

Nom de famille :		Sexe : M ☐	F ☐	AUTRE ☐
Prénom :		Date de naissance :	/ /	
Adresse :		Âge au 30 septembre :		
		Dernière année d'études complétée :		
Code postal :				

2. PARENTS OU TUTEUR

Prénom et nom du parent 1 :		Prénom et nom du parent 2 :	
Occupation :		Occupation :	
Adresse :		Adresse :	
Téléphone :	(Rés.) :	Téléphone :	(Rés.) :
	(Bur.) :		(Bur.) :
	(Cell.) :		(Cell.) :
Courriel :		Courriel :	
GARDE de l'enfant Parent 1 et parent 2 ☐ Parent 1 ☐ Parent 2 ☐ Partagée ☐ Tuteur ☐			
Pour l'émission de votre relevé 24			
Prénom et nom du parent payeur :		NAS :	

3. EN CAS D'URGENCE

Personne à joindre en cas d'URGENCE :	
Père et mère ☐ Père ☐ Mère ☐ Tuteur ☐	
Deux autres personnes à joindre en cas d'URGENCE :	
Prénom et nom :	Prénom et nom :
Lien avec l'enfant :	Lien avec l'enfant :
Téléphone (rés.) :	Téléphone (rés.) :
Téléphone (autre) :	Téléphone (autre) :

4. SERVICE DE GARDE

Votre enfant fréquentera-t-il le service de garde ?	
Le matin : Oui ☐ Non ☐ Le soir : Oui ☐ Non ☐	
Si OUI , autre que l'un des deux parents, est-ce qu'il y a quelqu'un qui sera autorisé à aller le chercher le soir?*	
Prénom :	Nom :
Lien avec l'enfant :	
Prénom :	Nom :
Lien avec l'enfant :	
Mon enfant est AUTORISÉ à partir <u>seul</u> le soir. Oui ☐ Non ☐	
Si oui, à quelle heure est-il autorisé à partir du camp de jour : _____	

* Veuillez noter que, peu importe le lien de parenté qui l'unit à cette personne, si ce n'est pas une personne autorisée qui vient chercher votre enfant, le personnel du service de garde ne sera pas autorisé à le laisser partir.

Pour autoriser qui que ce soit dont le nom n'est pas mentionné à la section 4 ci-dessus à aller chercher votre enfant, vous devez transmettre au préalable au service de garde un avis écrit précisant le nom de cette personne.

5. CHOIX DE SESSION

Veuillez cocher les semaines pour lesquelles votre enfant sera présent au camp de jour.

Dates	Cochez	Dates	Cochez
1) 30 juin au 4 juillet	☐	5) 28 juillet au 1 ^{er} août	☐
2) 7 juillet au 11 juillet	☐	6) 4 août au 8 août	☐
3) 14 juillet au 18 juillet	☐	7) 11 août au 15 août	☐
4) 21 juillet au 25 juillet	☐		

6. TARIFS

PAIEMENTS ET FRÉQUENCES

(Service de garde gratuit)

Nombre d'enfant	Prix à la semaine	Prix pour l'été
1 enfant	75.00\$	440.00\$
2 enfants	55.00\$	225.00\$
3 enfants	30.00\$	115.00\$
1 enfant non-résident	90.00\$	540.00\$
2 enfants non-résidents	70.00\$	275.00\$
3 enfants non-résidents	45.00\$	140.00\$

Le paiement des frais d'inscription à **temps plein** (pour l'été) :

- ✓ Premier versement (50 %) : **À l'inscription**
- ✓ Deuxième versement (50 % restant) : **28 juin 2025**

Les paiements des frais d'inscription à **la semaine** doivent être faits le jeudi de la semaine courante.

Un reçu d'impôt vous sera remis pour l'année financière 2025 en début d'année 2026.

7. MODALITÉS DE PAIEMENT

Les coûts d'inscription devront être payés à la Municipalité de Saint-Alphonse. Nous acceptons les chèques (la municipalité facturera des frais de 50,00 \$ pour tout chèque sans provision), l'argent comptant et les cartes de débit directement au bureau municipal. Les virements bancaires sont aussi acceptés, voici la procédure :

- Sur Accès D dans la section ***Payer une facture***, cliquez sur ajouter une facture;
- Inscrire le fournisseur ***Municipalité de St-Alphonse***, cliquez sur rechercher (ne rien inscrire dans catégorie);
- Choisir ***Municipalité de St-Alphonse-de-Caplan taxes QC***, mettre le numéro de référence (**Code d'identification** qui figure sur la facture que vous recevrez suite à l'inscription de votre enfant).

**** Ceux qui, l'an dernier, ont payé par Accès D, soyez vigilant et changer le numéro de référence pour celui sur la facture. ****

☐ Je déclare que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont exacts et complets. Dans le cas contraire, la responsable du camp de jour se réserve le droit de réévaluer la demande.

☐ Je déclare avoir pris connaissance du document « Règles de fonctionnement ».

Nom du parent

Signature du parent

Date de la signature

CAMP DE JOUR DE SAINT-ALPHONSE

FICHE SANTÉ ÉTÉ 2025

1. CONDITIONS ET ALLERGIES

Souffre-t-il des maux suivants?		A-t-il des allergies?	
Asthme	Oui ☐ Non ☐	Fièvre des foins	Oui ☐ Non ☐
Diabète	Oui ☐ Non ☐	Herbe à puce	Oui ☐ Non ☐
Épilepsie	Oui ☐ Non ☐	Piqûres d'insectes*	Oui ☐ Non ☐
Migraines	Oui ☐ Non ☐	Animaux*	Oui ☐ Non ☐
Autres, précisez :		Médicaments*	Oui ☐ Non ☐
		Allergies alimentaires*	Oui ☐ Non ☐
		*Précisez :	
Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Epipen) en raison de ses allergies? Oui ☐ Non ☐ À SIGNER SI VOTRE ENFANT A UNE DOSE D'ADRÉNALINE Par la présente, j'autorise les personnes désignées par le camp de jour de la Municipalité de Saint-Alphonse à administrer, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline _____ à mon enfant. _____ Signature du parent			

2. MÉDICAMENTS

Votre enfant prend-il des médicaments?	Oui ☐ Non ☐
Si oui, noms des médicaments :	Posologie :
Les prend-il lui-même? Oui ☐ Non ☐	Précisez :

Si votre enfant doit prendre des médicaments, vous devrez, à votre arrivée au camp de jour, remplir un formulaire d'autorisation de prise de médicaments afin que les responsables puissent distribuer le médicament prescrit à votre enfant.

3. ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ET VACCINS

Votre enfant a-t-il déjà subi une intervention chirurgicale?		Oui ☐ Non ☐	
Si oui, Date : Raison :			
Blessures graves		Maladies chroniques ou récurrentes	
Date :		Date :	
Décrire :		Décrire :	
A-t-il déjà eu les maladies suivantes?		A-t-il reçu les vaccins suivants?	Date :
Varicelle	Oui ☐ Non ☐	Tétanos	Oui ☐ Non ☐
Oreillons	Oui ☐ Non ☐	Rougeole	Oui ☐ Non ☐
Scarlatine	Oui ☐ Non ☐	Rubéole	Oui ☐ Non ☐
Rougeole	Oui ☐ Non ☐	Oreillons	Oui ☐ Non ☐
Autres, précisez :		Polio	Oui ☐ Non ☐
		Autres, précisez :	

4. AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES

Les questions qui suivent nous aideront à mieux intervenir auprès de votre enfant.

Votre enfant a-t-il besoin d'un VFI (veste de flottaison individuelle) lorsqu'il nage?	Oui ☐ Non ☐
Préciser :	
Votre enfant a-t-il un suivi particulier pendant l'année (médecin spécialiste, CLSC, CIUSS, technicien(ne) en éducation spécialisée, psychoéducateur(trice), travailleur(se) social(e), etc.)?	Oui ☐ Non ☐
Si oui, préciser :	
Votre enfant porte-t-il des prothèses?	Oui ☐ Non ☐
Si oui, décrire :	

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.

N.B. Si vous ne voulez pas donner cette information, passez cette section.

CONSENTEMENT DE TRANSFERT D'INFORMATION PAR L'ÉCOLE DE MON ENFANT :

J'autorise le personnel de l'école à partager des informations de nature comportementale sur mon enfant, pour faciliter son intégration et sa participation au camp de jour 2025. Ces informations seront consignées dans une fiche qu'une intervenante psychosociale de l'organisme Accroche-Cœur utilisera pour supporter le personnel du camp de jour.

OUI __ **NON** __

Nom de l'école de votre enfant : _____

N.B. Si vous ne voulez pas donner cette information, passez cette section.

**CONSENTEMENT DE TRANSFERT D'INFORMATION,
POUR LES ENFANTS SUIVIS PAR LE CISSS DE LA GASPÉSIE, LE CENTRE DE RÉADAPTATION ET
LE DIRECTEUR DE LA PROTECTION DE LA JEUNESSE**

Mon enfant a un suivi en CLSC avec une intervenante. J'autorise cette intervenante à partager des informations de nature comportementale sur mon enfant, pour faciliter son intégration et sa participation au camp de jour 2025. Ces informations seront consignées dans une fiche qu'une intervenante psychosociale de l'organisme Accroche-Cœur utilisera pour supporter le personnel du camp de jour.

OUI __ **NON** __

Fiches

- Des fiches sont remplies pour les enfants avec suivi, seulement si les parents ont donné le consentement lors de l'inscription.
- Les fiches complétées sont sous la responsabilité d'Accroche-Cœur.
- Les fiches ne sont pas partagées avec le personnel des camps de jours,
- Les fiches sont consultées uniquement par les intervenantes d'Accroche-Cœur qui donnent un support aux personnels des camps de jour.
- Le personnel des camps de jours n'a pas à savoir quels sont les enfants qui ont une fiche ou un suivi par une professionnelle de l'école ou du CLSC.
- Les fiches sont détruites à la fin de l'été.

5. AUTORISATION DES PARENTS

- J'autorise les employés du camp de jour à appliquer de la crème solaire et/ou du chasse-moustiques au besoin à mon enfant.
OUI ☐ NON ☐
- J'autorise la coordonnatrice ou les moniteurs à prendre des photos de mon enfant durant les activités du camp de jour dans le but de créer un album souvenir et/ou d'en faire l'usage pour des publications futures (médias, dépliants, médias sociaux, site internet).
OUI ☐ NON ☐
- 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 camp de jour, qui fera le suivi approprié avec l'animateur de mon enfant.
OUI ☐ NON ☐
- J'autorise le Camp de jour de SAINT-Alphonse à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Si la direction du camp le juge nécessaire, je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire.
OUI ☐ NON ☐
- Je m'engage à collaborer avec la direction du Camp de jour et à venir la rencontrer si le comportement de mon enfant nuit au bon déroulement des activités.
OUI ☐ NON ☐

Signature du parent ou du tuteur

____/____/____
Date

Veuillez retourner cette fiche d'inscription à :

Cynthia St-Onge
Municipalité de Saint-Alphonse
127, rue Principale Est, Saint-Alphonse (QC) G0C 2V0
loisirs@st-alphonsegaspesie.com