



FICHE D'INSCRIPTION ÉTÉ 2026

1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR L'ENFANT

Nom de famille :		Sexe : M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	AUTRE <input type="checkbox"/>
Prénom :		Date de naissance :	/ /	
Adresse :		Âge au 30 septembre 2025:		
		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 <input type="checkbox"/> Parent 1 <input type="checkbox"/> Parent 2 <input type="checkbox"/> Partagée <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/>			
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 <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Le soir : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
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 contacter la coordonnatrice au camp de jour pour ajouter le nom de cette personne (418 388-2127).

**** Une pièce d'identité sera exigée par l'équipe du camp pour les autres personnes que les parents. ****

CHOIX DE SESSION

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

Dates	Cochez	Dates	Cochez
1) 29 juin au 3 juillet	<input type="checkbox"/>	5) 27 au 31 juillet	<input type="checkbox"/>
2) 6 juillet au 10 juillet	<input type="checkbox"/>	6) 3 août au 7 août	<input type="checkbox"/>
3) 13 juillet au 17 juillet	<input type="checkbox"/>	7) 10 août au 14 août	<input type="checkbox"/>
4) 20 juillet au 24 juillet **	<input type="checkbox"/>		

**** Veuillez noter que : Vendredi le 24 juillet, le Belgi-Camp sera fermé. ****

5. TARIFS

PAIEMENTS ET FRÉQUENCES

(Service de garde gratuit)

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

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

- ✓ Premier versement (50 %) : **Payable sur réception de la facture (fin mai)**
- ✓ Deuxième versement (50 % restant) : **2 juillet 2026**

Le paiement des frais d'inscription à **la semaine** :

- ✓ Premier versement (50 %) : **Payable sur réception de la facture (fin mai)**
- ✓ Balance hebdomadaire payable le jeudi de la semaine courante

(Les dates d'échéance pour les paiements et les montants à payer seront inscrits sur la facture)

Un reçu d'impôt vous sera remis pour l'année financière 2026 en début d'année 2027.

6. MODALITÉS DE PAIEMENT

Les coûts d'inscription devront être payés à la Municipalité de Saint-Alphonse.

Voici les types de paiement acceptés au bureau de la Municipalité :

- Chèque au nom de la Municipalité de Saint-Alphonse (des frais de 50,00 \$ seront facturés pour tout chèque sans provision)
- Argent comptant
- Carte de débit
- Virement bancaire, 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 l'espace « 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).

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 « Guide des parents – Été 2026 ».

Nom du parent

Signature du parent

Date de la signature



FICHE SANTÉ ÉTÉ 2026

1. CONDITIONS ET ALLERGIES

Souffre-t-il des maux suivants?		A-t-il des allergies?	
Asthme	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Fièvre des foins	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Diabète	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Herbe à puce	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Épilepsie	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Piqûres d'insectes*	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Migraines	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Animaux*	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Autres, précisez :		Médicaments*	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
		Allergies alimentaires*	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
		*Précisez :	
Quand a eu lieu la dernière réaction allergique?		Quelles ont été les symptômes ou les signes pour les allergies?	
<p>Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Epipen) en raison de ses allergies? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>À SIGNER SI VOTRE ENFANT A UNE DOSE D'ADRÉNALINE</p> <p>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.</p> <p>_____</p> <p>Signature du parent</p>			

2. MÉDICAMENTS

Votre enfant prend-il des médicaments?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, noms des médicaments :	Posologie :
Les prend-il lui-même? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	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 <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Tétanos	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Oreillons	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Rougeole	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Scarlatine	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Rubéole	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Rougeole	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oreillons	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Autres, précisez :		Polio	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
		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 <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Préciser :	
Votre enfant a-t-il un suivi particulier pendant l'année (médecin spécialiste, CLSC, CIUSS, technicien (ne) en éducation spécialisée, psychoéducatrice (trice), travailleur(se) social(e), etc.)?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, préciser :	
Votre enfant porte-t-il des prothèses?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
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 Belgi-Camp pour l'été 2026. 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 mon enfant : _____

École de mon enfant : _____

Année scolaire de mon enfant : _____

Fiches

- Des fiches sont remplies pour les enfants, 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 au personnel 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 Belgi-Camp 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 Belgi-Camp 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

Veillez 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