

# Formulaire d'inscription Camp de jour

Année : 2024



## 1. L'ENFANT

Prénom		Sexe :	Âge :
Nom de famille		Date de naissance	/ / (JJ / MM / AAAA)
Adresse			
Ville		Code postal	
No .Assurance-Maladie		Date d'expiration	
Première expérience de camp? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
Allergies et/ou intolérances? (alimentaires, animaux/insectes, médicaments, autres) Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Précisez : _____ _____			Précisez la sévérité :  Intolérance <input type="checkbox"/> Allergie sévère <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Autre problème médical? _____			

## 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. PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT (AUTRE QUE PARENTS OU CONTACTS D'URGENCE)

Nom		Nom	
Prénom		Prénom	
Lien avec l'enfant		Lien avec l'enfant	

## 5. CHOIX DU SÉJOUR ET PAIEMENT

RÉSIDENT				NON-RÉSIDENT			
NOMBRE D'ENFANT	CAMP 8 SEMAINES	DEMI-CAMP 4 SEMAINES		NOMBRE D'ENFANT	CAMP 8 SEMAINES	DEMI-CAMP 4 SEMAINES	
1	<input type="checkbox"/>	320.00 \$	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	365.00 \$	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	288.00 \$	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	329.00 \$	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	259.00 \$	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	296.00 \$	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	233.00 \$	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	266.00 \$	<input type="checkbox"/>
*Frais de garde de 10\$/semaine par enfant				*Frais de garde de 10\$/semaine par enfant			

## FRAIS D'INSCRIPTION

Votre enfant sera inscrit officiellement sur réception du présent formulaire rempli, accompagné du montant de l'inscription. Votre paiement doit être reçu au plus tard le 20 juin 2024.

J'ai pris connaissance des modalités de paiement et des généralités mentionnées dans ce document.

Nom du parent ou tuteur (lettres moulées) : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Argent comptant       Chèque       Paiement Intérac (à l'hôtel de ville seulement)       Carte de crédit

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

## 6. AUTORISATIONS

<input type="checkbox"/>	J'autorise le <b>Camp de jour de Lac-des-Écorces</b> à prendre des photos et des vidéos de mon enfant pendant son séjour et à les utiliser à des fins promotionnelles.						
<input type="checkbox"/>	<b>Médicaments en vente libre (si applicable)</b> J'autorise le personnel du <b>Camp de jour de Lac-des-Écorces</b> à administrer à mon enfant, si nécessaire, un ou plusieurs médicaments sans ordonnance en vente libre. Cocher les médicaments : <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Acétaminophène (<i>Tylenol, Tempra</i>)</td> <td><input type="checkbox"/> Anti-inflammatoire Ibuprofène (<i>Advil</i>)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Antihistaminique (<i>Benadryl, Reactine</i>)</td> <td><input type="checkbox"/> Antibiotique en crème (<i>Polysporin</i>)</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Acétaminophène ( <i>Tylenol, Tempra</i> )	<input type="checkbox"/> Anti-inflammatoire Ibuprofène ( <i>Advil</i> )	<input type="checkbox"/> Antihistaminique ( <i>Benadryl, Reactine</i> )	<input type="checkbox"/> Antibiotique en crème ( <i>Polysporin</i> )	<input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____	
<input type="checkbox"/> Acétaminophène ( <i>Tylenol, Tempra</i> )	<input type="checkbox"/> Anti-inflammatoire Ibuprofène ( <i>Advil</i> )						
<input type="checkbox"/> Antihistaminique ( <i>Benadryl, Reactine</i> )	<input type="checkbox"/> Antibiotique en crème ( <i>Polysporin</i> )						
<input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____							
<input type="checkbox"/>	J'autorise la direction du <b>Camp de jour de Lac-des-Écorces</b> 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.						
<input type="checkbox"/>	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.						
<input type="checkbox"/>	J'autorise mon enfant à quitter le camp de jour à partir de ____ h à pied. Je suis conscient qu'à partir du moment où mon enfant aura quitté les lieux, le camp de jour n'est plus responsable celui-ci.						
Signature du parent ou tuteur: _____							
Date : _____							

Autres informations à propos de votre enfant dont vous aimeriez nous faire part? (ex. changements importants récents dans la vie de famille, préoccupations particulières, etc.)

Autres renseignements nous permettant de mettre en place des services ou des mesures facilitant une meilleure participation de l'enfant (ex. : horaire imagé, pauses, périodes de repos etc.) :

# Fiche d'évaluation des besoins Camp de jour de Lac-des-Écorces



Ces informations demeureront **confidentielles** et nous permettront de faire vivre à votre enfant une expérience camp réussie! Seules les informations pertinentes seront divulguées à son animateur et son supérieur immédiat afin de permettre de meilleures interventions.

Complétez les sections qui sont applicables à votre enfant et retournez le formulaire complété avant le début du camp

## 1. IDENTIFICATION DE L'ENFANT

Prénom :		Sexe :	
Nom de famille :		Date de naissance : jj/mm/aa	

## 2. DIAGNOSTIC ET BESOINS PARTICULIERS

Cochez ce qui est applicable :

<input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle	<input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Sévère précisez :
<input type="checkbox"/> Déficience motrice	précisez :
<input type="checkbox"/> Déficience visuelle	précisez :
<input type="checkbox"/> Déficience auditive	précisez :
<input type="checkbox"/> Trouble langage-parole	<input type="checkbox"/> Expression <input type="checkbox"/> Compréhension <input type="checkbox"/> Mixte précisez :
<input type="checkbox"/> Trouble déficitaire de l'attention (TDA/TDAH)	<input type="checkbox"/> Avec hyperactivité <input type="checkbox"/> Sans hyperactivité précisez : Autres, précisez :
<input type="checkbox"/> Trouble du comportement	<input type="checkbox"/> Opposition <input type="checkbox"/> Agressivité <input type="checkbox"/> Passivité Autres précisez :
<input type="checkbox"/> Diabète	précisez :
<input type="checkbox"/> Épilepsie	précisez :
<input type="checkbox"/> Autre(s) (Trisomie 21, etc.)	précisez :

## 3. ALLERGIES, INTOLÉRANCES ET RESTRICTIONS ALIMENTAIRES

Allergies et/ou intolérances? (alimentaires, animaux/insectes, médicaments, autres) Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Précisez : _____ _____	Précisez la sévérité : Intolérance <input type="checkbox"/> Allergie légère <input type="checkbox"/> Allergie sévère <input type="checkbox"/> Allergie mortelle <input type="checkbox"/> Allergie si ingestion seulement <input type="checkbox"/> Allergie au contact <input type="checkbox"/>
Signes ou symptômes à surveiller : _____ _____	
Auto-injecteur d'Épinéphrine (Épipen, Twinject ou autre) Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Personnes autorisées à l'administrer : L'enfant lui-même <input type="checkbox"/> Adulte responsable <input type="checkbox"/>
Restrictions alimentaires (autres que des allergies)? Précisez : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Comment mange-t-il? Facilement <input type="checkbox"/> Difficilement <input type="checkbox"/> Peu d'appétit <input type="checkbox"/>	

#### 4. MÉDICATION

Pour être conforme à la loi et nous permettre d'administrer la médication, vous **devez** joindre une copie de la prescription de médication avec ce formulaire.

Votre enfant doit-il prendre des médicaments au camp? Oui  Non  Si oui, compléter ce tableau :

Nom du médicament	Prescrit pour	Posologie	Effets secondaires et/ou contre-indications (exposition au soleil, hydratation, appétit, etc.)

Prend-t-il des médicaments durant l'année? Oui  Non  Si oui, lequel(s) : \_\_\_\_\_

Prescrit(s) pour : \_\_\_\_\_

**J'autorise le camp de jour de Lac-des-Écorces de donner le ou les médicaments mentionnés ci-haut.**

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

#### 6. SITUATION DE SANTÉ

Cochez ce qui est applicable :

Situation de santé		Précisions, actions à prendre, etc.	
<input type="checkbox"/> Asthme			
<input type="checkbox"/> Constipation			
<input type="checkbox"/> Diarrhée			
<input type="checkbox"/> Eczéma			
<input type="checkbox"/> Mal des transports			
<input type="checkbox"/> Maux de têtes/migraines fréquents			
<input type="checkbox"/> Menstruations			
<input type="checkbox"/> Nausées fréquentes / Vomissements			
<input type="checkbox"/> Otites fréquentes			
<input type="checkbox"/> Problèmes cardiaques			
<input type="checkbox"/> Problèmes cutanés			
<input type="checkbox"/> Saignement de nez			
<input type="checkbox"/> Sinusites			
A-t-il déjà eu les maladies suivantes?		A-t-il déjà subi une intervention chirurgicale ou vécu une maladie grave?	
<input type="checkbox"/> Varicelle		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Oreillons		Date :	Raison :
<input type="checkbox"/> Scarlatine		Résultats :	
<input type="checkbox"/> Rougeole		A-t-il déjà eu des blessures graves? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Autres (préciser) :		Maladies chroniques ou récurrentes? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Vaccins à jour? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Date du dernier vaccin DCT (Tétanos) : ____ / ____ / ____	
Vue : <input type="checkbox"/> Excellente <input type="checkbox"/> Suffisante <input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Lunettes / verres de contact <input type="checkbox"/> Cécité <input type="checkbox"/> Guide-accompagnateur <input type="checkbox"/> Canne blanche		Audition : <input type="checkbox"/> Excellente <input type="checkbox"/> Suffisante <input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Appareils auditifs (deux oreilles) <input type="checkbox"/> Oreille droite uniquement <input type="checkbox"/> Oreille gauche uniquement	

Autres informations à propos de votre enfant dont vous aimeriez nous faire part? (ex. changements importants récents dans la vie de famille, préoccupations particulières, etc.) \_\_\_\_\_

Autres renseignements nous permettant de mettre en place des services ou des mesures facilitant une meilleure participation de l'enfant (ex. : horaire imagé, pauses, périodes de repos etc.) : \_\_\_\_\_

## 7. CAPACITÉS AQUATIQUES

Autonomie dans l'eau : <input type="checkbox"/> Nage seul <input type="checkbox"/> Nage seul avec VFI <input type="checkbox"/> Doit porter des bouchons <small>* Si l'enfant est épileptique, discutez avec le camp du port du VFI</small>	
A-t-il suivi un cours de natation? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Dernier niveau de natation complété :

## 8. AUTORISATIONS

<input type="checkbox"/>	<b>Médicaments en vente libre (si applicable)</b> J'autorise le personnel du <b>Camp de jour de Lac-des-Écorces</b> à administrer à mon enfant, si nécessaire, un ou plusieurs médicaments sans ordonnance en vente libre et <b>fourni</b> par le parent. Cocher les médicaments : <input type="checkbox"/> Acétaminophène ( <i>Tylenol, Temptra</i> ) <input type="checkbox"/> Antihistaminique ( <i>Benadryl, Reactine</i> ) <input type="checkbox"/> Anti-inflammatoire Ibuprofène ( <i>Advil</i> ) <input type="checkbox"/> Antibiotique en crème ( <i>Polysporin</i> ) <input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____
<input type="checkbox"/>	J'autorise la direction du <b>Camp de jour de Lac-des-Écorces</b> 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.
<input type="checkbox"/>	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.

### Consentement à collecter des renseignements personnels

Je, \_\_\_\_\_, consens à transmettre à la Municipalité de Lac-des-Écorces des renseignements personnels me concernant qui seront utilisés dans le but de respecter les obligations légales au regard de la Loi 25.

Je suis conscient(e) que la collecte de ces données est obligatoire pour l'obtention du service ou de la prestation que je souhaite recevoir.

Je suis conscient(e) que je peux à tout moment faire une demande d'accès, de modification ou de suppression des renseignements personnels que j'ai fournis.

J'accepte que mes renseignements personnels soient utilisés à d'autres fins municipales.

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

---

**RETOURNER CETTE FICHE D'INSCRIPTION À :**  
MUNICIPALITÉ DE LAC-DES-ÉCORCES  
672, BOUL. ST-FRANÇOIS, LAC-DES-ÉCORCES (QUÉBEC) J0W 1H0  
TÉLÉPHONE : 819-585-4600

LA PRÉVENTION :  
LA CLÉ POUR FAVORISER DES  
RELATIONS HARMONIEUSES



Tous les adultes et les campeurs du camp de jour de la Municipalité de Lac-des-Écorces doivent privilégier un climat harmonieux qui respecte les droits et responsabilités de chacun. Évidemment, le principe de base pour tous est de s'abstenir de toute parole, de tout geste et de toute attitude qui brime le bien-être des autres personnes du camp.

Pour atteindre ces bons comportements et favoriser des relations harmonieuses entre tous, nous te présentons le code de vie qui s'applique au camp.

CODE DE VIE

**LE RESPECT DE SOI**

- Porter des vêtements décents et adaptés aux activités pratiquées au camp.
- Porter l'équipement de protection approprié.
- Éviter de posséder et de consommer du tabac, de la drogue et de l'alcool.
- Apporter des collations et des repas (lunchs) sains et bons pour la santé.

**LE RESPECT DES AUTRES**

- Faire preuve de respect envers toutes les personnes qui fréquentent le camp (enfants, parents, animateurs, coordonnateurs et directeurs).
- Ne pas détruire, briser ou endommager le matériel d'autrui.
- Établir une communication respectueuse et honnête.
- Employer un langage poli et respectueux.
- Favoriser un climat d'appui mutuel et de solidarité.
- Tenir compte des interventions des animateurs ou des coordonnateurs et agir en conséquence.

**LE RESPECT DE L'ENVIRONNEMENT**

- Ne pas détruire, briser ou endommager le matériel du camp ou l'environnement.
- Ne pas laisser traîner ses déchets ou ses effets personnels.
- Tenir les lieux propres, salubres et en bon état.

\_\_\_\_\_  
Signature de l'enfant

\_\_\_\_\_  
Signature du parent

---

**RETOURNER CETTE FICHE D'INSCRIPTION À :**  
MUNICIPALITÉ DE LAC-DES-ÉCORCES  
672, BOUL. ST-FRANÇOIS, LAC-DES-ÉCORCES (QUÉBEC) J0W 1H0  
TÉLÉPHONE : 819-585-4600