

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^E ANNÉE 4^E ANNÉE 6^E ANNÉE
1^{ÈRE} ANNÉE 3^E ANNÉE 5^E 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 SAINT-PIERRE
1 ENFANT	750.00\$	375.00\$	375.00\$
2 ENFANTS	1500.00\$	435.00\$ (60.00\$ RABAIS SUPPLÉMENTAIRE PAR ENFANT)	750.00\$ - 120.00\$ = 630.00\$
3 ENFANTS	2250.00\$	455.00\$ (80.00\$ RABAIS SUPPLÉMENTAIRE PAR ENFANT)	1125.00\$ - 240.00\$ = 885.00\$
4 ENFANTS	3000.00\$	455.00\$ (80.00\$ RABAIS SUPPLÉMENTAIRE PAR ENFANT)	1500.00\$ - 320.00\$ = 1180.00\$

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)
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.

