

**Camp de jour de la Municipalité de Lac-Supérieur
FORMULAIRE D'INSCRIPTION**

1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR L'ENFANT

Nom de famille :		Sexe : M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
Prénom :		Date de naissance :	/ /
Adresse :		Âge:	
		Dernière année d'études complétée :	
		Code postal :	
Numéro de carte d'assurance maladie :		Date d'expiration :	

2. PARENTS OU TUTEUR

Nom du père :		Nom de la mère :	
Occupation :		Occupation :	
Adresse :		Adresse :	
Téléphone :	(Rés.)	Téléphone :	(Rés.)
	(Bur.)		(Bur.)
	(Cell.)		(Cell.)
Courriel :		Courriel :	
GARDE de l'enfant			
Père et mère <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Partagée <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/>			
Pour émission du relevé 24		NAS :	
Nom du parent payeur :			

**3. PRÉSENCES : SEMAINES DU CAMP DE JOUR DU 25 JUIN AU 16 AOÛT 2019 DE 8H30 À 16H30 (Fermé le 1^{er} juillet)
SERVICE DE GARDE DE 7H30 À 8H30 ET 16H30 À 17H30**

Cochez	Dates	Service de garde	Cochez	Dates	Service de garde
<input type="checkbox"/>	1) 24 au 28 juin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5) 22 au 26 juillet	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	2) 1 au 5 juillet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6) 29 juillet au 2 août	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	3) 8 au 12 juillet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7) 5 au 9 août	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	4) 15 au 19 juillet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8) 12 au 16 août	<input type="checkbox"/>

4. SERVICE DE GARDE DE 7H30 À 8H30 ET 16H30 À 17H30

Qui est autorisé à aller le chercher le soir (autre que l'un des deux parents)?*		
Prénom et nom :	Lien avec l'enfant	Téléphone

5. AUTORISATION PARENTALE

J'autorise la municipalité de Lac-Supérieur à utiliser des photos ou des films de mes enfants pris lors du camp de jour à des fins publicitaires, réseaux sociaux, site web, etc.	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
---	------------------------------	------------------------------

6. MODALITÉS DE PAIEMENT

TARIFS CAMP DE JOUR			TARIFS SERVICE DE GARDE		
1 ^{er} enfant 8 semaines	<input type="checkbox"/>	350\$	Semaine à l'unité	<input type="checkbox"/>	25\$ x ____ nombre de semaines
Semaine à l'unité	<input type="checkbox"/>	65\$ x ____ nombre de semaines		<input type="checkbox"/>	90\$
2 ^e enfant	<input type="checkbox"/>	328\$		<input type="checkbox"/>	111\$
Enfant additionnel	<input type="checkbox"/>	181\$			
Grand total :					

1 versement : prix total doit être payé le 11 mai 2019

Le service de garde doit être réservé et payé au moment de l'inscription.

Paievements acceptés : argent comptant ou débit

Intérêt de 20% par année pour non-paiement après le 11 mai 2019.

Notez que le coût moyen réel par enfant est 799\$ donc la municipalité subventionne plus que la moitié.

7. RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

	OUI	NON
Votre enfant sait-il nager?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre enfant a-t-il es restrictions pour certaines activités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, précisez : _____		
Votre enfant présente-t-il des comportements émotionnels particuliers?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, précisez : _____		
Votre enfant a-t-il une maladie? Ou a-t-il reçu un diagnostic pour : TDAH, TDA, anxiété, dépressions, troubles de langage, troubles moteurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, précisez : _____		

ALLERGIES	OUI	NON
Piqûres d'insectes *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médicaments *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergies alimentaires *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intolérances alimentaires *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre enfant a-t-il une dose d'adrénaline (Epipen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Précisez l'allergie et les détails de celle-ci (sévérité et symptômes) :		
Votre enfant doit-il prendre des médicaments pendant le camp?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nom des médicaments et fréquence :		

* Veuillez noter que 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, peu importe le lien de parenté qui l'unit à cette personne. Pour autoriser qui que ce soit dont le nom n'est pas mentionné à la section 5 du présent formulaire à aller chercher votre enfant, vous devez transmettre au préalable au service de garde un avis écrit précisant le nom de cette personne.

* Aucun remboursement ne sera accordé

En signant ce formulaire, je certifie que :

- Les renseignements fournis sont vrais
- J'ai lu et je m'engage à respecter les modalités de paiement de la municipalité de Lac-Supérieur
- J'ai lu et je m'engage à respecter les heures d'ouverture du camp de jour et en cas de retard d'en payer les frais
- J'accepte également de retour hâtif de mon enfant à la maison sans aucun remboursement en raison de fièvre ou de contagion, pour des raisons de mauvais comportement, de possession et consommation de drogue ou autres raisons jugées sérieuses par la direction.

Nom du parent ou tuteur

Signature du parent ou tuteur

Date de la signature