

Formulaire d'information - Camp de jour de Beaconsfield

1. RENSEIGNEMENTS SUR L'ENFANT

Prénom		Sexe : M
Nom de famille		Date de naissance : A A A A - M M - J J
Adresse principale		
Ville		Code postal
N° Assurance maladie		Date d'expiration
Première expérience de camp? Oui Non		
Langue(s) parlée(s) à la maison :		Autres langue(s) parlée(s) :

2. RENSEIGNEMENTS SUR LES PARENT(S) / TUTEUR(S)

Parent / Tuteur 1		Parent / Tuteur 2	
Prénom		Prénom	
Nom de famille		Nom de famille	
Lien avec l'enfant		Lien avec l'enfant	
Adresse : Même que l'enfant Si autre, précisez :		Adresse : Même que l'enfant Si autre, précisez :	
N° Téléphone	Maison :	N° Téléphone	Maison :
	Travail :		Travail :
	Cell. :		Cell. :
Courriel		Courriel	

Numérotez EN ORDRE DE PRIORITÉ (1-2-3-4) le moyen le plus efficace de communiquer avec vous:

Cellulaire Téléphone travail Téléphone maison Courriel

**Note: Toute information concernant les camps tel que les horaires etc, sera transmise par courriel.
 Si vous n'avez pas accès à une adresse courriel, demandez au personnel de vous fournir une copie papier.**

3. CONTACTS EN CAS D'URGENCE (Autres que parent(s) / Tuteur(s) énumérés ci-haut)

Contact 1		Contact 2	
Prénom		Prénom	
Nom de famille		Nom de famille	
Lien avec l'enfant		Lien avec l'enfant	
N° Téléphone	Maison :	N° Téléphone	Maison :
	Travail :		Travail :
	Cell. :		Cell. :

4. RELEVÉ 24 (Doit être au nom de la personne qui paie les frais d'inscriptions)

Prénom		N° d'assurance sociale	
Nom de famille			

5. PERSONNE(S) AYANT L'AUTORISATION DE VENIR CHERCHER L'ENFANT

Seules les personnes suivantes sont autorisées à déposer et /ou à venir chercher mon enfant au camp.

Contact 1		Contact 2	
Prénom		Prénom	
Nom de famille		Nom de famille	
Lien avec l'enfant		Lien avec l'enfant	
Contact 3		Contact 4	
Prénom		Prénom	
Nom de famille		Nom de famille	
Lien avec l'enfant		Lien avec l'enfant	

6. CONDITIONS D'INSCRIPTION (Cochez pour indiquer acceptation)

<input type="checkbox"/> PERSONNES AUTORISÉES Seules les personnes dont les noms figurent à la section 5 du présent formulaire peuvent déposer et venir chercher les enfants au camp.
<input type="checkbox"/> HEURES D'ARRIVÉE ET DE DÉPART Les enfants doivent arriver avant 9 h et ne pas quitter avant 16 h. Dans le cas où votre enfant doit arriver plus tard ou quitter plus tôt, nous vous prions d'aviser les superviseurs du camp au moins 24 h à l'avance par courriel ou par téléphone.
<input type="checkbox"/> SOINS NÉCESSAIRES J'autorise la Ville de Beaconsfield à prendre les dispositions nécessaires pour tous soins médicaux d'urgence, y compris l'hospitalisation et le transport par ambulance si nécessaire, et je consens à payer tous les coûts associés.
ÉTAT DE SANTÉ Je déclare que les renseignements indiqués dans le formulaire d'information et dans la fiche santé sont exacts et complets. Je m'engage à transmettre à la Ville toute information et changement relatifs à la santé de mon enfant afin qu'un suivi approprié soit fait. Si mon enfant présente des symptômes de maladie pendant sa journée au camp, je m'engage à venir le chercher dans les 45 minutes suivant l'appel de la Ville.
<input type="checkbox"/> RESPECT DES RÈGLES La Ville se réserve le droit de suspendre ou d'annuler l'inscription de tout enfant ne respectant pas les règles mises en place (violence, intimidation, etc.).
<input type="checkbox"/> POLITIQUE DE REMBOURSEMENT Les demandes de transferts ou de remboursement doivent être soumises par écrit à la Ville. CAMPS DÉCOUVERTES & AVENTURES : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Toute demande reçue avant le 1^{er} juin sera assujettie à des frais de 25\$ (+taxes) par enfant, par semaine. ▪ Les demandes reçues après le 1^{er} juin, mais 7 jours avant le début de la session hebdomadaire, seront assujetties à des frais de 50 % du montant payé par enfant, par semaine. ▪ Aucun remboursement ne sera effectué pour toute demande reçue moins de 7 jours avant le début de la session hebdomadaire. ▪ Les inscriptions ne peuvent pas être transférées d'un enfant à un autre, ni d'une semaine à un autre. PROGRAMME DES PARCS : Aucun remboursement

7. ACCEPTATION DES CONDITIONS D'INSCRIPTION

- J'ai lu et j'ai compris les conditions d'inscription énumérées ci-haut et j'accepte ces conditions.
- J'ai lu et j'ai compris le Guide d'information pour les parents et je m'engage à respecter les consignes du camp.
- Je comprends que remplir et soumettre ce formulaire ne confirme pas l'inscription de mon enfant dans ce camp.

8. PHOTOS

- J'AUTORISE la Ville à prendre des photos / vidéos de mon enfant qui pourront ensuite être utilisées par la Ville à des fins promotionnelles.
- JE N'AUTORISE PAS la Ville à prendre des photos / vidéos de mon enfant qui pourront ensuite être utilisés par la Ville à des fins promotionnelles.

Nom du parent / Tuteur : PRÉNOM	NOM DE FAMILLE
Signature du parent / tuteur :	Date :

Fiche santé - Camp de jour Beaconsfield

1. IDENTIFICATION DE L'ENFANT

Prénom		Sexe : M F
Nom de famille		Date de naissance : A A A A – M M – J J

2. ALLERGIES, INTOLÉRANCES ET RESTRICTIONS ALIMENTAIRES

Mon enfant a des allergies ou intolérances? (ex.: alimentaires, animaux/insectes, médicaments, environnementales). Si oui, veuillez préciser :					Oui	Non
ALLERGÈNE INTOLÉRANCE	Légère	Sévère	Mortelle	Si ingéré	Au contact	
1.						
2.						
3.						
Auto-injecteur d'Épinephrine (Épipen, Twinject ou autre) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			Personnes autorisées à l'administrer : <input type="checkbox"/> L'enfant lui-même <input type="checkbox"/> Membre du personnel			
Restrictions alimentaires (autres que des allergies)? Précisez : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non						

3. ÉTAT DE SANTÉ

Mon enfant souffre de :		Si oui, préciser, fournir les actions à prendre, etc.
Asthme	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Eczéma	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Mal des transports	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Maux de tête/migraines	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Nausées fréquentes/vomissements	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Otitites fréquentes	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Problèmes cardiaques	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Problèmes cutanés	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Saignement de nez	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Sinusites	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Diabète	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Épilepsie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
AUTRE :		
Mon enfant prend des médicaments.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom du médicament : Prescrit pour :

4. HABILITÉS AQUATIQUES

Niveau d'autonomie dans l'eau : <input type="checkbox"/> Nage seul en eau profonde <input type="checkbox"/> Nage seul en eau peu profonde	<input type="checkbox"/> Ne sait pas nager et a besoins d'accompagnement <input type="checkbox"/> Doit porter des bouche-oreilles <input type="checkbox"/> Doit porter une veste de flottaison individuelle (VFI) en tout temps
A-t-il suivi un cours de natation? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Dernier niveau de natation complété :

5. COMPORTEMENTS

L'enfant présente-t-il les comportements suivants?	FRÉQUEMMENT	PARFOIS	RAREMENT	JAMAIS
Mord				
Crache				
Frappe				
Bouscule				
Crie				
Utilise un langage inapproprié (insulte ou blasphème)				
Opposition aux consignes et aux règles				
S'éloigne du groupe (fugue)				
Brise le matériel				
Intolérance au bruit				
Anxiété				
Agressivité envers les autres				
Habitudes ou manies particulières Spécifiez :				
Dans quels contextes ces comportements ont-ils tendance à se produire?	De quelle façon suggérez-vous d'intervenir ? (Ignorer, humour, rediriger, etc.)			
A-t-il des phobies et/ou des peurs ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> (ex : animaux, eau, hauteurs, etc.)	Si oui lesquelles et comment intervenir?			
L'enfant a-t-il de la difficulté à exprimer ses sentiments, à demander de l'aide ou à amorcer une conversation? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Précisez :	S'adapte-t-il facilement à un nouvel environnement ? (personnes, activités, expériences) Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Précisez :			
Relation avec les autres - Comment interagit-il avec : Ses pairs Les personnes en autorité Les nouvelles personnes				
Votre enfant a-t-il des besoins particuliers? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	(Si oui – remplir fiche d'évaluation des besoins particuliers) Demandez cette fiche à la réception			
Votre enfant a-t-il reçu un diagnostic? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si non, est-il en attente d'un diagnostic? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			