

Formulaire d'information - Camp de jour de Beaconsfield

1. RENSEIGNEMENTS SUR L'ENFANT

Prénom		Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
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? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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 : <input type="checkbox"/> Même que l'enfant <input type="checkbox"/> Si autre, précisez :		Adresse : <input type="checkbox"/> Même que l'enfant <input type="checkbox"/> 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		Nom de famille	
N° d'assurance sociale			

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. Inclure les parents/tuteurs.

1	Prénom		2	Prénom	
	Nom de famille			Nom de famille	
	Lien avec l'enfant			Lien avec l'enfant	
3	Prénom		4	Prénom	
	Nom de famille			Nom de famille	
	Lien avec l'enfant			Lien avec l'enfant	
5	Prénom		6	Prénom	
	Nom de famille			Nom de famille	
	Lien avec l'enfant			Lien avec l'enfant	

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

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.

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.

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.

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.). Les parents et les tuteurs ne sont pas autorisés à accéder aux salles des camps.

POLITIQUE DE REMBOURSEMENT POUR LES CAMPS DE JOUR : Toutes les demandes de remboursement doivent être soumises à l'aide de notre formulaire en ligne. Les demandes reçues au plus tard le 31 mai sont assujetties à des frais d'administration de 25 \$ (+ taxes) par enfant et par semaine. Les demandes reçues le 1er juin ou après seront assujetties à des frais de 50 % (+ taxes) du total payé par enfant et par semaine. Les demandes de remboursement ou de transfert reçues moins de 7 jours ouvrables (le lundi) avant la semaine d'inscription ne seront pas acceptées. Les inscriptions ne peuvent pas être transférées d'un enfant à un autre, ni d'une semaine à une autre.
Formulaire disponible en ligne : <https://www.beaconsfield.ca/fr/camps-d-ete>

POLITIQUE DE REMBOURSEMENT POUR L'ANIMATION DANS LE PARC : Aucun remboursement n'est offert pour ce programme.

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.

J'AUTORISE la Ville à prendre des photos / vidéos de mon enfant qui pourront être utilisées dans le diaporama de fin d'année.

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 ou dans le diaporama.

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 : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Nom de famille		Date de naissance : A A A A – M M – J J

2. ALLERGIES, INTOLÉRANCES ET RESTRICTIONS ALIMENTAIRES

Votre enfant a des allergies ou intolérances? (ex.: alimentaires, animaux/insectes, médicaments, environnementales). Si oui, veuillez préciser :					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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 (COCHER TOUTES LES CASES CORRESPONDANTES)

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 besoin 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, veuillez envoyer un courriel à kathy.kostlivy@beaconsfield.ca .
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