

FORMULAIRE D'INFORMATION - Camp d'été de Beaconsfield

RENSEIGNEMENTS SUR L'ENFANT

Prénom		Sexe : ☐ M ☐ 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? ☐ Oui ☐ Non		
Langue(s) parlée(s) à la maison :		Autres langue(s) parlée(s) :

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	
AUTORISATION DE VENIR CHERCHER L'ENFANT ☐ OUI , CETTE PERSONNE EST AUTORISÉE À VENIR CHERCHER L'ENFANT AU CAMP ☐ NON , CETTE PERSONNE N'EST PAS AUTORISÉE À VENIR CHERCHER L'ENFANT AU CAMP		AUTORISATION DE VENIR CHERCHER L'ENFANT ☐ OUI , CETTE PERSONNE EST AUTORISÉE À VENIR CHERCHER L'ENFANT AU CAMP ☐ NON , CETTE PERSONNE N'EST PAS AUTORISÉE À VENIR CHERCHER L'ENFANT AU CAMP	

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 ou autres, vous sera transmise par courriel.
Si vous n'avez pas accès à une adresse courriel, demandez au personnel de vous fournir une copie papier.***

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

Prénom		N° d'assurance sociale	
Nom de famille			

Je comprends que mon relevé d'impôt, le Relevé 24, sera disponible dans mon profil d'inscription IC3 en février 2027.
Si je souhaite obtenir une copie papier, je communiquerai avec la Ville de Beaconsfield pour en faire la demande.

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. :
AUTORISATION DE VENIR CHERCHER L'ENFANT ☐ OUI , CETTE PERSONNE EST AUTORISÉE À VENIR CHERCHER L'ENFANT AU CAMP ☐ NON , CETTE PERSONNE N'EST PAS AUTORISÉE À VENIR CHERCHER L'ENFANT AU CAMP		AUTORISATION DE VENIR CHERCHER L'ENFANT ☐ OUI , CETTE PERSONNE EST AUTORISÉE À VENIR CHERCHER L'ENFANT AU CAMP ☐ NON , CETTE PERSONNE N'EST PAS AUTORISÉE À VENIR CHERCHER L'ENFANT AU CAMP	

CONTACTS ADDITIONNELS

Indiquez les personnes (qui n'ont pas déjà été mentionnées) qui seront autorisées à venir chercher votre enfant au camp et/ou à le contacter en cas d'urgence.

1	Prénom		2	Prénom	
	Nom de famille			Nom de famille	
	Telephone No			Telephone No	
	Lien avec l'enfant			Lien avec l'enfant	
	AUTORISATIONS (COCHER TOUT CE QUI S'APPLIQUE) ☐ CETTE PERSONNE EST AUTORISÉE À VENIR CHERCHER L'ENFANT AU CAMP ☐ CETTE PERSONNE PEUT ÊTRE CONTACTÉE EN CAS D'URGENCE			AUTORISATIONS (COCHER TOUT CE QUI S'APPLIQUE) ☐ CETTE PERSONNE EST AUTORISÉE À VENIR CHERCHER L'ENFANT AU CAMP ☐ CETTE PERSONNE PEUT ÊTRE CONTACTÉE EN CAS D'URGENCE	
3	Prénom		4	Prénom	
	Nom de famille			Nom de famille	
	Téléphone No			Téléphone No	
	Lien avec l'enfant			Lien avec l'enfant	
	AUTORISATIONS (COCHER TOUT CE QUI S'APPLIQUE) ☐ CETTE PERSONNE EST AUTORISÉE À VENIR CHERCHER L'ENFANT AU CAMP ☐ CETTE PERSONNE PEUT ÊTRE CONTACTÉE EN CAS D'URGENCE			AUTORISATIONS (COCHER TOUT CE QUI S'APPLIQUE) ☐ CETTE PERSONNE EST AUTORISÉE À VENIR CHERCHER L'ENFANT AU CAMP ☐ CETTE PERSONNE PEUT ÊTRE CONTACTÉE EN CAS D'URGENCE	
5	Prénom		6	Prénom	
	Nom de famille			Nom de famille	
	Téléphone No			Téléphone No	
	Lien avec l'enfant			Lien avec l'enfant	
	AUTORISATIONS (COCHER TOUT CE QUI S'APPLIQUE) ☐ CETTE PERSONNE EST AUTORISÉE À VENIR CHERCHER L'ENFANT AU CAMP ☐ CETTE PERSONNE PEUT ÊTRE CONTACTÉE EN CAS D'URGENCE			AUTORISATIONS (COCHER TOUT CE QUI S'APPLIQUE) ☐ CETTE PERSONNE EST AUTORISÉE À VENIR CHERCHER L'ENFANT AU CAMP ☐ CETTE PERSONNE PEUT ÊTRE CONTACTÉE EN CAS D'URGENCE	

FICHE SANTÉ - Camp de jour Beaconsfield

IDENTIFICATION DE L'ENFANT

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

ALLERGIES, INTOLÉRANCES ET RESTRICTIONS ALIMENTAIRES

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

ÉTAT DE SANTÉ

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

HABILITÉS AQUATIQUES

Niveau d'autonomie dans l'eau :	☐ Doit porter des bouche-oreilles ☐ Doit porter une veste de flottaison individuelle (VFI) en tout temps ☐ Ne peut pas nager
☐ Nage seul en eau peu profonde & profonde ☐ Nage seul SEULEMENT en eau peu profonde	
A-t-il suivi un cours de natation? ☐ Oui ☐ Non	Dernier niveau de natation complété :

COMPOTEMENTS

L'enfant présente-t-il les comportements suivants ?	FRÉQUEMENT	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 (<i>fugue, s'enfuit</i>)	☐	☐	☐	☐
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 ? (<i>Ignorer, humour, rediriger, etc.</i>)			
A-t-il des phobies et/ou des peurs ? Oui ☐ Non ☐ (<i>ex : animaux, eau, hauteurs, etc.</i>)	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 ☐ Non ☐ Précisez :	S'adapte-t-il facilement à un nouvel environnement ? (<i>personnes, activités, expériences</i>) Oui ☐ Non ☐ 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? ☐ Oui ☐ Non	Si oui - Envoyer un courriel à camps@beaconsfield.ca
Votre enfant a-t-il reçu un diagnostic? ☐ Oui ☐ Non	Si non, est-il en attente d'un diagnostic? ☐ Oui ☐ Non

Veuillez fournir toute information supplémentaire concernant votre enfant et/ou son comportement qui pourrait être utile à notre personnel.

CONDITIONS D'INSCRIPTION (Cochez ☒ pour indiquer que vous êtes d'accord avec les conditions)

☐	PERSONNES AUTORISÉES : Seules les personnes indiquées comme autorisées à venir chercher l'enfant seront autorisées à le déposer ou à venir le chercher au camp.
☐	HEURES D'ARRIVÉE ET DE DÉPART : Les enfants doivent arriver au camp avant 9 h et être récupérés après 16 h. Si votre enfant doit quitter le camp avant 16 h, les parents doivent en aviser le superviseur du camp par téléphone ou par courriel au moins 24 heures à l'avance.
☐	SOINS MÉDICAUX D'URGENCE : J'autorise la Ville de Beaconsfield à prendre des dispositions pour tous les soins médicaux d'urgence, y compris l'hospitalisation et le transport par ambulance si nécessaire, et j'accepte de payer tous les frais connexes.
☐	ÉTAT DE SANTÉ : Je déclare que les renseignements fournis dans le formulaire médical sont complets et valides. Je m'engage à informer la Ville de tout changement dans l'état de santé de mon enfant. Si mon enfant présente des signes de maladie pendant le camp, je m'engage à venir le chercher dans les 45 minutes suivant la réception de l'avis du personnel de la Ville.
☐	ÉTAT DE COMPORTEMENT : Je déclare que les informations fournies dans le formulaire de comportement sont exactes et complètes. Je reconnais que si les besoins de mon enfant dépassent les ressources disponibles, la Ville de Beaconsfield peut être dans la nécessité d'annuler l'inscription au camp.
☐	LE RESPECT DES RÈGLES : La Ville se réserve le droit de suspendre ou d'annuler l'inscription de tout enfant qui ne respecte pas les règles du camp (<i>violence, intimidation, etc.</i>). Les parents/tuteurs ne sont pas autorisés à entrer dans les salles du camp.
☐	POLITIQUE DE REMBOURSEMENT DU CAMP DE JOUR : Toutes les demandes de remboursement doivent être soumises à l'aide de notre <u>formulaire en ligne</u> . Les demandes reçues au plus tard le 31 mai sont sujettes à des frais d'administration de 25 \$ (+ taxes) par enfant et par semaine. Les demandes reçues le ou après le 1er juin seront sujettes à des frais de 50% (+ taxes) du total payé par enfant et par semaine. Les demandes reçues moins de 7 jours ouvrables (le lundi) avant la semaine d'inscription ne seront pas acceptées. Les inscriptions ne peuvent être transférées d'un enfant à un autre ou d'une semaine à une autre. <u>Formulaires en ligne disponibles à beaconsfield.ca/fr/camps d'été.</u> POLITIQUE DE REMBOURSEMENT POUR L'ANIMATION DANS LE PARC : Aucun remboursement n'est offert pour ce programme.

ACCEPTATION DES CONDITIONS D'INSCRIPTION

- ☐ J'ai lu, j'ai compris et j'accepte les conditions d'inscription énumérées ci-haut.
☐ J'ai lu, j'ai compris et je m'engage à respecter les informations et les consignes fournies dans le Manuel des parents.
☐ Je comprends que le fait de remplir et d'envoyer ce formulaire ne confirme pas l'inscription de mon enfant dans ce camp.

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 pourraient ensuite être utilisées par la Ville à des fins promotionnelles ou dans le diaporama.

Nom du Parent /Tuteur: Prénom	Nom de Famille:
Signature du Parent /Tuteur:	Date: