MUNICIPALITÉ DE L'ASCENSION
59, rue de l'Hôtel-de-Ville
L'Ascension (Québec) J0T 1W0
Tél. : 819 275-3027 poste 224 Téléc. : 819 275-3489
Courriel : loisirs@munlascension.ca

L'Ascension

FORMULAIRE D'INSCRIPTION AU CAMP DE JOUR DE L'ASCENSION 2023

Prénom et nom de l'enfant : _____

Adresse de l'enfant : _____ Téléphone : _____

Âge et date de naissance : _____ Sexe : _____

Niveau de scolarité (présentement) : _____

Numéro d'assurance maladie: _____ Date d'exp.: _____

Grandeur du chandail de camp : 6-8 ☐ 10-12 ☐ 14-16 ☐ S ☐ M ☐ L ☐

Nom de la mère : _____

Adresse : _____ Téléphone : _____

Nom du père : _____

Adresse : _____ Téléphone : _____

Nom du payeur : _____

Adresse courriel pour les communications _____

Numéro d'assurance sociale du payeur : _____
(Il nous permettra de vous remettre un reçu pour fins d'impôt)

OBLIGATOIRE : Coordonnées de deux personnes autres que les parents ou tuteurs **pouvant être rejointes en tout temps** en cas d'urgence (il serait préférable que ces personnes soient les mêmes qui sont autorisées à quitter avec l'enfant).

1) Nom: _____

Adresse: _____

Tél.: _____ Lien avec la famille : Famille ☐ Ami ☐ Voisin ☐

2) Nom : _____

Adresse : _____

Tél.: _____ Lien avec la famille : Famille ☐ Ami ☐ Voisin ☐

MUNICIPALITÉ DE L'ASCENSION
59, rue de l'Hôtel-de-Ville
L'Ascension (Québec) J0T 1W0
Tél. : 819 275-3027 poste 224 Téléc. : 819 275-3489
Courriel : loisirs@munlascension.ca

L'Ascension

Inscription pour le service de garde : oui ☐ non ☐

Si oui, veuillez cocher les périodes demandées, pour l'organisation des groupes :

Lundi	matin ☐	soir ☐	Jeudi	matin ☐	soir ☐
Mardi	matin ☐	soir ☐	Vendredi	matin ☐	soir ☐
Mercredi	matin ☐	soir ☐			

Antécédents médicaux

Votre enfant souffre-t-il :

	Oui	Non
Asthme :	☐	☐
Épilepsie :	☐	☐
Diabète :	☐	☐
Hernies :	☐	☐

Votre enfant a-t-il des allergies :

	Oui	Non
Fièvre des foins :	☐	☐
Allergies alimentaires* :	☐	☐
Herbe à puce :	☐	☐
Piqûres d'insectes* :	☐	☐
Pénicilline :	☐	☐
Autres médicaments* :	☐	☐
Animaux :	☐	☐

*Autres, précisez :_____

Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (**Epipen, Ana-Kit**) en fonction de ses allergies ? Oui : ☐ Non : ☐

Médicaments :

Votre enfant prend-t-il des médicaments ? Oui : ☐ Non : ☐

Si oui, lesquels ?

Nom des médicaments: Posologie

_____ _____

_____ _____

Les prend-t-il lui-même ? Oui : ☐ Non : ☐

Spécifiez: _____

Autres particularités médicales: _____

MUNICIPALITÉ DE L'ASCENSION
59, rue de l'Hôtel-de-Ville
L'Ascension (Québec) J0T 1W0
Tél. : 819 275-3027 poste 224 Téléc. : 819 275-3489
Courriel : loisirs@munlascension.ca

Autres renseignements :

Votre enfant a-t-il des craintes ou des peurs particulières ? Oui : ☐ Non : ☐

Si oui, spécifiez : _____

A-t-il des réserves pour certaines activités ? Oui : ☐ Non : ☐

Si oui, spécifiez : _____

Votre enfant fréquente-t-il des amis :

plus vieux ☐ plus jeunes ☐ du même âge ☐ a peu d'amis ☐

A-t-il un suivi particulier durant l'année scolaire ? Oui : ☐ Non : ☐

Si oui, spécifiez : _____

AUTORISATION DES PARENTS POUR LES MANOEURES DE PREMIERS SOINS

En signant la présente, j'autorise la direction du camp à prodiguer toutes les manœuvres de premiers soins nécessaires. Si la direction le juge pertinent je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire. De plus, s'il est impossible de nous joindre, j'autorise le médecin choisi par les autorités du camp à prodiguer à mon enfant séjournant au camp tous les soins médicaux requis par son état, y compris la pratique d'une intervention chirurgicale, des injections, l'anesthésie et l'hospitalisation.

_____	_____	_____
Nom et prénom du parent en lettres moulées	Signature du parent ou tuteur	Date

AUTORISATION PHOTO ET VIDÉO DU PARTICIPANT

Nom de l'enfant : _____

Je, soussigné (e), autorise la municipalité de L'Ascension à utiliser : les photos ou les vidéos pris par les membres de son personnel sur lesquels figure mon enfant. Aux fins suivantes : affichage dans les locaux, sur des outils promotionnels, sur le site internet, sur les réseaux sociaux, sur les médias régionaux ou toute autre utilisation autorisée par la municipalité de L'Ascension. Tout le matériel utilisé demeurera la propriété de la municipalité de L'Ascension.

Consentement Oui ☐ Non ☐

_____	_____	_____
Nom et prénom du parent en lettres moulées	Signature du parent ou tuteur	Date

MUNICIPALITÉ DE L'ASCENSION
59, rue de l'Hôtel-de-Ville
L'Ascension (Québec) J0T 1W0
Tél. : 819 275-3027 poste 224 Téléc. : 819 275-3489
Courriel : loisirs@munlascension.ca

L'Ascension

FORMULE D'ATTESTATION

Après avoir pris connaissance de la réglementation et du Guide du parent, tous les parents utilisateurs du camp de jour doivent signer la formule d'attestation qui suit. Ceci confirmera qu'ils ont bien reçu la réglementation, qu'ils en acceptent le contenu et qu'ils s'engagent à les respecter intégralement.

Nom de l'enfant : _____

☐ Je déclare avoir pris connaissance du Guide du parent et j'en accepte toutes les conditions.

Signature du parent : _____

Date : _____

MUNICIPALITÉ DE L'ASCENSION
59, rue de l'Hôtel-de-Ville
L'Ascension (Québec) J0T 1W0
Tél. : 819 275-3027 poste 224 Téléc. : 819 275-3489
Courriel : loisirs@munlascension.ca

L'Ascension

Formulaire de départ

Nom de l'enfant: _____ **Prénom:** _____

Cette formule est valide du ____/____/____ au ____/____/____

☐ **J'autorise mon enfant à quitter seul pour l'heure du dîner**

☐ **J'autorise mon enfant à quitter avec les personnes suivantes* pour l'heure du dîner**

☐ **J'autorise mon enfant à quitter seul à la fin de sa journée de camp**

☐ **J'autorise mon enfant à quitter avec les personnes suivantes* à la fin de sa journée de camp :**

* Autre que la mère ou le père, exemple : tante, cousin, ami, voisine, beau-frère…
(Il serait préférable que ces personnes soient les mêmes qui sont appelées en cas d'urgence.)

1) Nom: _____ Tél.: ( )_____

Lien avec la famille : Famille ☐ Ami ☐ Voisin ☐

2) Nom: _____ Tél.: ( )_____

Lien avec la famille : Famille ☐ Ami ☐ Voisin ☐

Il est entendu que le personnel du camp de jour La Culbute se dégage de toute responsabilité après le départ de mon enfant.

_____ _____ _____

Nom et prénom du parent en lettres moulées | Signature du parent ou tuteur | Date