



**FORMULAIRE D'INSCRIPTION  
AU CAMP DE JOUR DE L'ASCENSION 2022**

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 : \_\_\_\_\_

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 Téléc. : 819 275-3489**  
**Courriel : info@munlascension.ca**



**Inscription pour le service de garde :**      oui       non

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

|          |                                |                               |          |                                |                               |
|----------|--------------------------------|-------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------|
| Lundi    | matin <input type="checkbox"/> | soir <input type="checkbox"/> | Jeudi    | matin <input type="checkbox"/> | soir <input type="checkbox"/> |
| Mardi    | matin <input type="checkbox"/> | soir <input type="checkbox"/> | Vendredi | matin <input type="checkbox"/> | soir <input type="checkbox"/> |
| Mercredi | matin <input type="checkbox"/> | soir <input type="checkbox"/> |          |                                |                               |

**Antécédents médicaux**

**Votre enfant souffre-t-il :**

|             | Oui                      | Non                      |
|-------------|--------------------------|--------------------------|
| Asthme :    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Épilepsie : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diabète :   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hernies :   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Votre enfant a-t-il des allergies :**

|                           | Oui                      | Non                      |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Fièvre des foins :        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Allergies alimentaires* : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Herbe à puce :            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Piqûres d'insectes* :     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pénicilline :             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autres médicaments* :     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Animaux :                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

\*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: \_\_\_\_\_



***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 Téléc. : 819 275-3489**  
**Courriel : info@munlascension.ca**



---

**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 : \_\_\_\_\_

## 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