

# Fiche d'inscription et fiche santé

---



Été 2024

Prénom et nom de famille	
Date de naissance (jour-mois-année)	
Dernier niveau scolaire complété en date du 23 juin 2024	
Adresse	
Grandeur de chandail ( <b>enfant</b> : petit, moyen, grand) ( <b>adulte</b> : petit, moyen, grand)	
Votre enfant peut-il être photographié?	Oui      ou      Non
Les photos de votre enfant peuvent-elles être publiées sur les réseaux sociaux du camp de jour?	Oui      ou      Non

### Renseignements généraux sur les parents ou tuteurs

<b>Parent 1</b>	
Prénom et nom de famille	
Adresse	
Téléphone	Résidence :
	Cellulaire :
	Travail :
Adresse courriel	

<b>Parent 2</b>	
Prénom et nom de famille	
Adresse	
Téléphone	Résidence :
	Cellulaire :
	Travail :
Adresse courriel	
<b>Pour l'émission du relevé 24</b>	
Nom du parent payeur	
Numéro d'assurance sociale	

**Choix de formule d'inscription (cochez votre choix seulement)**

Lorsque vous êtes résidents de la Ville de Saint-Gabriel, vous avez un rabais pour votre deuxième, troisième et quatrième enfant sur des inscriptions à temps plein.

2<sup>ième</sup> enfant : 25\$ de rabais

3<sup>ième</sup> enfant : 50\$ de rabais

4<sup>ième</sup> enfant : 50\$ de rabais

**Temps plein**

	<b>Dates</b>	<b>Tarif</b>
<input type="checkbox"/>	Du 24 juin au 16 août	400\$

**À la semaine**

	<b>Dates</b>	<b>Tarif</b>
<input type="checkbox"/>	Du 24 juin au 28 juin	75\$
<input type="checkbox"/>	Du 1 <sup>er</sup> juillet au 5 juillet	75\$
<input type="checkbox"/>	Du 8 juillet au 12 juillet	75\$
<input type="checkbox"/>	Du 15 juillet au 19 juillet	75\$
<input type="checkbox"/>	Du 22 juillet au 26 juillet	75\$
<input type="checkbox"/>	Du 29 juillet au 2 août	75\$
<input type="checkbox"/>	Du 5 août au 9 août	75\$
<input type="checkbox"/>	Du 12 août au 16 août	75\$

**À la journée (les journées ne peuvent être interchangées après le début de l'été)**

	<b>Journées auxquelles je souhaite inscrire mon enfant</b>	<b>Tarif</b>
<input type="checkbox"/>		18\$/jour

**Semaine d'extension (aucun service de garde offert)**

	<b>Dates</b>	<b>Tarif</b>
<input type="checkbox"/>	Du 19 août au 22 août	60\$

**Service de garde (7h30 à 8h45 et 16h10 à 17h30)**

Votre enfant fréquentera-t-il le service de garde du camp de jour durant l'été?	Oui ou non
Le matin de 7h30 à 8h45 <input type="checkbox"/> Le soir de 16h10 à 17h30 <input type="checkbox"/> Le matin et le soir <input type="checkbox"/>	

**Sorties**

	Sortie	Date	Lieu	Tarif
<input type="checkbox"/>	O-Volt	28 juin	Trois-Rivières	Temps plein : 30\$ Temps partiel : 35\$
<input type="checkbox"/>	Havre-Familial	2 juillet	Saint-Béatrix	Temps plein : 25\$ Temps partiel : 30\$
<input type="checkbox"/>	Complexe Atlantide	9 juillet	Saint-Calixte	Temps plein : 35\$ Temps partiel : 35\$
<input type="checkbox"/>	Camping Sentinelle	16 juillet	St-Félix-de-Valois	Temps plein : 20\$ Temps partiel : 25\$
<input type="checkbox"/>	Au royaume de nulle part	23 juillet	Saint-Calixte	Temps plein : 30\$ Temps partiel : 35\$
<input type="checkbox"/>	Récréo-Fun	30 juillet	Trois-Rivières	Temps plein : 30\$ Temps partiel : 35\$
<input type="checkbox"/>	Arbraska	6 août	Rawdon	Temps plein : 35\$ Temps partiel : 35\$
<input type="checkbox"/>	Cinéma RGFM	13 août	Joliette	Temps plein : 20\$ Temps partiel : 25\$

***Coût total des activités***

Temps plein : 225\$

Temps partiel : 255\$

**Personnes autorisées à venir récupérer mon enfant**

Prénom et nom de la personne	Lien de parenté
J'autorise mon enfant à quitter seul le soir	Oui      ou      Non

**Coûts totaux de l'inscription (réservé à l'administration)**

Coût total de la formule choisie	
Coût total des activités choisies	
Coût du chandail (si l'enfant n'est pas inscrit à temps plein)	
<b>Coût total de l'inscription :</b>	

**Les modes de paiement possible pour payer les frais d'inscription sont les suivants : en argent, par carte de débit, par carte de crédit ou par chèque.**

Pour confirmer officiellement l'inscription de votre enfant, vous devrez effectuer un premier paiement qui couvre 50% des frais totaux de l'inscription la journée même et le deuxième paiement sera à effectuer au plus tard le 28 juin. Si le deuxième paiement n'est pas effectué avant cette date, votre enfant ne pourra plus participer aux activités du camp de jour tant que la somme totale n'aura pas été payée.

Comme nous devons nous assurer de respecter les ratios demandés par l'Association des camps du Québec, les places du camp de jour sont limitées. Nous appliquerons la règle du premier arrivé, premier servi. Il se peut donc que votre enfant soit placé sur une liste d'attente le temps qu'une place se libère.

Dans le cas où vous souhaiteriez avoir un remboursement, des frais de 25\$ seront applicables pour l'administration si le remboursement est fait avant le début du camp. Pour les remboursements après le début du camp, les remboursements ne seront pas autorisés, sauf pour des raisons exceptionnelles comme un état de santé qui empêche l'enfant de participer aux activités (avec preuve médicale) ou une expulsion.

Signature du parent ou tuteur : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

## Fiche santé de l'enfant

Les informations transmises dans ce document resteront confidentielles. Seules les informations pertinentes seront transmises aux animateurs pour permettre à votre enfant de passer le plus bel été possible.

### Renseignement de l'enfant

Prénom et nom de famille	
Date de naissance	
Sexe	
Numéro d'assurance maladie	

### Diagnostics et besoins particuliers

Veuillez cocher seulement ce qui concerne votre enfant.

Encercler au besoin les différentes précisions du diagnostic.

<input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle	Légère   Modéré   Sévère Spécifiez :
<input type="checkbox"/> Trouble du spectre de l'autisme	Spécifiez :
<input type="checkbox"/> Déficience motrice	Spécifiez :
<input type="checkbox"/> Déficience visuelle	Spécifiez :
<input type="checkbox"/> Déficience auditive	Spécifiez :
<input type="checkbox"/> Trouble de langage et de la parole	Compréhension   Expression   Mixte Spécifiez :
<input type="checkbox"/> Trouble déficitaire de l'attention (TDA/TDAH)	Spécifiez :
<input type="checkbox"/> Santé mentale	Anxiété   Trouble de l'attachement TOC   Dépression   Autres Spécifiez :

<input type="checkbox"/> Trouble de comportement	Opposition    Agressivité    Passivité Spécifiez :
<input type="checkbox"/> Diabète	Spécifiez :
<input type="checkbox"/> Épilepsie	Spécifiez :
<input type="checkbox"/> Autres	Spécifiez :

### **Accompagnement**

Votre enfant a-t-il besoin d'un accompagnateur?	Oui ou non
Quel ratio correspond le mieux à la situation de votre enfant?	1/1      1/2      1/3
Votre enfant a-t-il un accompagnateur à l'école?	Oui ou non Spécifiez :

### **Allergies / Intolérances / Restrictions alimentaires**

<input type="checkbox"/> Allergies / Intolérances Spécifiez :  Précisez la sévérité (intolérance, allergie légère, allergie sévère, allergie mortelle, allergie s'il y a ingestion seulement, allergie au contact) :
Signes et symptômes à surveiller :
Est-ce que votre enfant possède un auto-injecteur d'épinéphrine?    Oui ou Non
Est-ce que votre enfant est capable de s'en servir seul ou il requiert l'aide d'un animateur?
Restrictions alimentaires autres :

Comment est l'appétit de votre enfant?

### **Médicaments**

Votre enfant devra-t-il prendre des médicaments au camp de jour?	Oui ou Non
Votre enfant prend-t-il des médicaments durant l'année?	Oui ou Non Si oui, lesquels? Raison :

Pour nous permettre d'administrer un médicament à votre enfant, nous vous demandons de joindre une copie de la prescription à cette fiche et vous devrez remplir un formulaire d'autorisation de prise de médicaments.

### **Situations de santé**

<input type="checkbox"/> Asthme	Spécifiez :
<input type="checkbox"/> Constipation	Spécifiez :
<input type="checkbox"/> Diarrhée	Spécifiez :
<input type="checkbox"/> Eczéma	Spécifiez :
<input type="checkbox"/> Insomnie	Spécifiez :
<input type="checkbox"/> Mal des transports	Spécifiez :
<input type="checkbox"/> Maux de tête/ Migraine	Spécifiez :
<input type="checkbox"/> Menstruations	Spécifiez :
<input type="checkbox"/> Nausée/ Vomissement	Spécifiez :
<input type="checkbox"/> Otites fréquentes	Spécifiez :
<input type="checkbox"/> Problème cardiaque	Spécifiez :
<input type="checkbox"/> Problème cutanés	Spécifiez :



<input type="checkbox"/> Saignements de nez	Spécifiez :
<input type="checkbox"/> Sinusites	Spécifiez :
<input type="checkbox"/> Somnambulisme	Spécifiez :
<b>Votre enfant a-t-il déjà eu ces maladies?</b>	
<input type="checkbox"/> Oreillons	<input type="checkbox"/> Scarlatine
<input type="checkbox"/> Rougeole	<input type="checkbox"/> Varicelle
<input type="checkbox"/> Autres	Spécifiez :
Votre enfant a-t-il déjà subi une intervention chirurgicale? Oui ou Non	Spécifiez (date, raison, résultat):
Votre enfant a-t-il déjà vécu une maladie grave? Oui ou Non	Spécifiez (date, raison, résultat):
Votre enfant a-t-il déjà eu des blessures graves? Oui ou Non	Spécifiez :
Votre enfant a-t-il une maladie chronique ou récurrente? Oui ou Non	Spécifiez :
Est-ce que les vaccins de votre enfant sont à jour?	Oui ou Non
Date du dernier vaccin DCT (Thétanos)	
Vue	Bonne Moyenne Faible Spécifiez :
Audition	Bonne Moyenne Faible Spécifiez :

### **Comportements et intérêts**

Votre enfant a-t-il tendance à faire des crises? Oui ou Non	Précisez (signes avant-coureurs et intervention) :
Phobies et peurs	Précisez :
Particularités sensorielles	Précisez :
Adaptation aux changements	Précisez :

Capacité à exprimer ses besoins, ce qu'il ressent...	Précisez : Y-a-t-il des outils à utiliser?	
<b>Comportement</b>	<b>Contexte fréquent</b>	<b>Intervention</b>
<input type="checkbox"/> Agressivité envers lui-même		
<input type="checkbox"/> Agressivité envers les autres		
<input type="checkbox"/> Anxiété		
<input type="checkbox"/> Automutilation		
<input type="checkbox"/> Fugues		
<input type="checkbox"/> Habitudes ou manies particulières		
<input type="checkbox"/> Autres :		
Passe-temps, centre d'intérêt, passion		
Moyens pour l'encourager ou le motiver		
<b>Relation avec les autres - Comment il est?</b>		
Ses pairs		
Autorité		
Nouvelles personnes		

**Capacités aquatiques (autonomie dans l'eau)**

- Nage seul
- Nage seul à l'aide d'une veste de flottaison
- Ne sait pas nager
- Doit porter des bouchons

Votre enfant a-t-il suivi des cours de natation? Si oui, quel est le dernier niveau complété?

\_\_\_\_\_

Degré d'autonomie	Avec aide seulement	Avec aide parfois	Supervision	Seul
Communication avec les autres				
Compréhension des consignes				
Se faire comprendre				
Stimulation à la participation				
Interaction avec les adultes				
Interaction avec les enfants				
Fonctionnement en groupe				
Motricité fine				
Motricité globale				
Habillement				
Hygiène personnelle				
Alimentation				
Gestion des effets personnels				
Rester avec les groupes				
Éviter les situations dangereuses				
Court déplacement				

## Outils utilisés

Surligner les outils utilisés par votre enfant.

Aide à la communication		Déplacement	
Pictogrammes	Ordinateur	Fauteuil manuel	Poussette adaptée
Tableau	Langage des signes du Québec (LSQ)	Fauteuil motorisé	Déambulateur
Gestes	Mains animées	Cannes	Béquilles
Hygiène personnelle		Méthode de transfert	
Cathéter	Couches	Avec deux personnes	Avec un lève-personne
Autres :		Pivot pour le transfert	Transfert au même niveau
		Autres :	

Autres informations à propos de votre enfant dont vous aimeriez nous faire part (ex. changements importants récents dans la vie de famille, préoccupations particulières, etc.)

---

---

---

Autres renseignements nous permettant de mettre en place des services ou des mesures facilitant une meilleure participation de l'enfant (ex. : horaire imagé, pauses, périodes de repos etc.) :

---

---

---

## Parents ou tuteurs à rejoindre en cas d'urgence

Parent ou tuteur 1	
Prénom et nom de famille	
Téléphone	Résidence :
	Cellulaire :
	Travail :

Parent ou tuteur 2	
Prénom et nom de famille	
Téléphone	Résidence :
	Cellulaire :
	Travail :

**Deux autres personnes à rejoindre en cas d'urgence**

Personne 1	
Prénom et nom de famille	
Téléphone	Résidence :
	Cellulaire :
	Travail :
Lien de parenté	

Personne 2	
Prénom et nom de famille	
Téléphone	Résidence :
	Cellulaire :
	Travail :
Lien de parenté	

**Autorisation des parents**

<p><b>Autorisation de communiquer des renseignements</b></p> <p><input type="checkbox"/> J'autorise</p> <p><input type="checkbox"/> Je refuse</p> <p><input type="checkbox"/> Ne s'applique pas</p> <p>Nom de l'intervenant et numéro de téléphone :</p>	<p>J'autorise le camp de jour Ville Saint-Gabriel a entré en contact avec un/une intervenante du Centre intégré de la santé et des services sociaux de Lanaudière pour soutenir mon enfant tout au long de son été au camp. La durée de cette autorisation sera effective dès l'inscription jusqu'à la dernière journée de camp.</p>
--	--

**Autorisation de communiquer des renseignements**

- J'autorise  
 Je refuse  
 Ne s'applique pas

Nom de la personne et numéro de téléphone :

J'autorise le Camp de jour Ville Saint-Gabriel à communiquer avec l'école de mon enfant pour obtenir des informations sur mon enfant que ce soit de la part de son enseignant ou de toute autre personne ressource de l'établissement.

- Je m'engage à avoir transmis des informations véridiques sur mon enfant et je m'engage aussi à transmettre au camp de jour de nouvelles informations sur la santé de mon enfant s'il y a des modifications avant le début ou encore pendant la saison estivale.
- En signant la fiche santé de mon enfant, j'autorise le personnel du Camp de jour de la Ville de Saint-Gabriel à donner les premiers soins à mon enfant.
- J'autorise aussi, si la coordonnatrice du camp de jour le juge nécessaire, de transporter mon enfant en ambulance ou autrement dans l'hôpital le plus proche.
- Si le comportement de mon enfant devient ou est problématique au courant de l'été, je m'engage à collaborer avec l'équipe du camp pour changer les comportements nuisibles de celui-ci.

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Le camp de jour de la Ville de Saint-Gabriel aura lieu au 155, rue Saint-Gabriel à la Ville de Saint-Gabriel. Vous pouvez toujours communiquer avec nous soit par téléphone au 450-271-6244 ou par courriel à l'adresse suivante : [aaparadis@outlook.com](mailto:aaparadis@outlook.com).