



## Municipalité de Wotton

396, rue Monseigneur-L'Heureux  
WOTTON (Québec) J0A 1N0 Tél. : 819 828-2112

## FICHE D'INSCRIPTION

### CAMP DE JOUR DE WOTTON

Les inscriptions auront lieu du 2 au 31 mai 2022 au bureau municipal.

**DATE LIMITE 31 mai 2022 avant 16h.**

**Veillez remplir cette fiche d'inscription et la remettre dûment complétée avec le paiement.**

#### Informations ou aide pour remplir le formulaire

Nathalie Letarte – Réception de la Municipalité de Wotton : 819 828-2112 poste 210. Courriel : reception@wotton.ca

#### Informations générales

**Le camp de jour aura lieu du 27 juin au 19 août 2022.**

**Le camp de jour sera fermé le 1<sup>er</sup> juillet 2022.**

**Le camp de jour sera ouvert pendant les vacances de la construction.**

**Le paiement doit être fait pour que l'inscription soit considérée.**

**Vous recevrez une confirmation au cours de la semaine suivant la date de fin des inscriptions.**

La présence de votre enfant au camp de jour a lieu sous une base volontaire afin de s'amuser et d'être animée. Les animateurs sont formés pour amuser les enfants, une rencontre ou des interventions peuvent être mises en place pour aider votre enfant à s'amuser davantage. Vous devez être conscient que votre enfant pourrait se voir suspendu ou expulsé du camp de jour si ses comportements sont inappropriés (par exemple : manque de respect, non-respect des consignes, geste violent). Selon la gravité du geste, nous pouvons vous contacter à la suite d'un premier manquement. Les procédures sont détaillées dans le guide du parent. **La bienveillance, la participation et le respect des règles de vie sont nécessaires pour s'assurer du plaisir de TOUS.**

#### 1- COCHEZ (✓) VOTRE MODE D'INSCRIPTION

<input type="checkbox"/> Au bureau municipal (396, rue Mgr-L'Heureux) Mode d'inscription à privilégier.	<input type="checkbox"/> Boîte municipale de courrier (À l'entrée extérieure de l'hôtel de ville) Un chèque daté du jour même doit être joint avec l'inscription.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Les places sont limitées.</b></li> <li>• <b>Les parents qui travaillent et qui ont besoin du service d'animation estival seront priorisés (une preuve de l'employeur est exigée).</b></li> </ul>	

## 2 - RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR LE PARTICIPANT (ENFANT)

Veuillez remplir l'information pour chaque enfant. S'il y a plus de trois enfants, veuillez réimprimer cette section.

Prénom		Nom	
Âge		Date de naissance (JJ-MM-AA)	
Téléphone résidence		Sexe	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Adresse du participant			
Ville		Code postal	
Numéro d'assurance-maladie		Expiration (JJ-MM-AA) * S'il y a lieu	
École primaire actuelle		Année complétée au 24 juin	

Prénom		Nom	
Âge		Date de naissance (JJ-MM-AA)	
Téléphone résidence		Sexe	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Adresse du participant			
Ville		Code postal	
Numéro d'assurance-maladie		Expiration (JJ-MM-AA) * S'il y a lieu	
École primaire actuelle		Année complétée au 24 juin	

Prénom		Nom	
Âge		Date de naissance (JJ-MM-AA)	
Téléphone résidence		Sexe	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Adresse du participant			
Ville		Code postal	
Numéro d'assurance-maladie		Expiration (JJ-MM-AA) * S'il y a lieu	
École primaire actuelle		Année complétée au 24 juin	

**3 - NOM DU PARENT PAYEUR - REÇU D'IMPÔT (RELEVÉ 24)**

Prénom, Nom		Tél. travail	Tél. cellulaire
Courriel		Adresse complète	
Numéro d'assurance sociale (Obligatoire pour le relevé 24)			

**4 - INSCRIPTION AU SERVICE RÉGULIER**

**Veillez cocher (✓) les services désirés.**

La programmation se déroulera du lundi au vendredi de 9h à 16h.	Tarifs résidents Pour la saison du 27 juin au 19 août.		Tarifs non résidents Pour la saison du 27 juin au 19 août. Le montant de base est majoré de 25%.	
		(✓)		(✓)
Un (1) enfant	120 \$		150 \$	
Deux (2) enfants	220 \$		275 \$	
Trois (3) enfants et + d'une même famille	320 \$		400 \$	
<b>Total de la section 4 _____ \$ (à reporter à la section 7)</b>				

**5-PRÉSENCES AU CAMP DE JOUR**

**Veillez cocher (✓) les numéros de semaine ou votre enfant sera présent.**

Semaine #1	
Semaine #2	
Semaine #3	
Semaine #4	
Semaine #5	
Semaine #6	
Semaine #7	
Semaine #8	

**6- INSCRIPTION AU SERVICE DE GARDE**

**Veillez cocher (✓) les services désirés et inscrire les informations demandées.**

Le **service de garde** est offert le matin de **7h30 à 9h** et le soir de **16h à 17h30**.

Le prix est pour la **saison** complète et par enfant.

**\*Un minimum de 10 inscriptions** est nécessaire pour pouvoir offrir ce service.

Tarifs résidents				Tarifs non résidents			
	(✓)	Inscrire le nombre d'enfants	Inscrire le total (\$)		(✓)	Inscrire le nombre d'enfants	Inscrire le total (\$)
<b>Matin</b> 40\$ / Enfant				<b>Matin</b> 50\$ / Enfant			
<b>Soir</b> 40\$ / Enfant				<b>Soir</b> 50\$ / Enfant			
<b>Total de la section 6 _____ \$ (à reporter à la section 7)</b>							

## 7- MODALITÉS DE PAIEMENT

**Remplir la section.**

- Le **paiement** doit être effectué en totalité lors de l'inscription sans quoi l'inscription ne sera pas acceptée.
- Pour les paiements par chèque : chèque **libellé au nom de Municipalité de Wotton** et **daté du jour même**.

Choix 1 : Remettre en personne votre formulaire d'inscription complété et votre preuve de travail de l'employeur au bureau municipal. Vous pouvez effectuer votre paiement par chèque, en argent comptant ou par Interac (carte débit seulement, pas de carte de crédit).

Choix 2 : Déposer votre formulaire d'inscription complété dans la boîte extérieure du bureau municipal.

\*Paiement par chèque seulement pour le dépôt dans la boîte extérieure.

Joindre votre chèque libellé au nom de la Municipalité de Wotton et **daté du jour même**.

Joindre preuve de travail de l'employeur.

**TOTAL SECTION 4** = \_\_\_\_\_ \$

**TOTAL SECTION 6** = \_\_\_\_\_ \$

**TOTAL** = \_\_\_\_\_ \$

MODEDEPAIEMENT:

- Argent = \_\_\_\_\_ \$ Date : \_\_\_\_\_
- Chèque# = \_\_\_\_\_ \$ Date : \_\_\_\_\_
- Interac = \_\_\_\_\_ \$ Date : \_\_\_\_\_

Signature du parent (obligatoire) :

Date (JJ/MM/AA) :

**\* Vous devez obligatoirement remplir la fiche santé de l'enfant pour chacun des enfants et nous la/les remettre avec l'inscription.**

## 8-AUTORISATION POUR QUITTER LE CAMP DE JOUR

**Veillez noter que dans les cas où ce ne sont pas les personnes autorisées qui viennent chercher l'enfant, le personnel ne sera pas autorisé à le laisser partir, peu importe le lien de parenté qui l'unit à cette personne. Il faudra au préalable une permission écrite de votre part avisant que votre enfant quittera avec une tierce personne.**

Identifier un mot de passe pour vérifier si la personne est autorisée à quitter avec l'enfant est bien celle inscrite sur la permission.

**MOT DE PASSE POUR QUITTER :** \_\_\_\_\_

**Cocher (✓) et inscrire les informations nécessaires.**

Est-ce que votre enfant utilisera le service de garde le matin et/ou le soir?				Oui	Non		
J'autorise mon enfant à quitter le Camp de jour à pied seul :		Oui	Non	à vélo seul :		Oui	Non
Qui est autorisé à venir chercher votre enfant à la fin de la journée?							
Mère et/ou père	Mère seulement	Père seulement	Autre adulte :				
			Prénom et nom	Lien avec l'enfant	Numéro de téléphone		

FICHE MÉDICALE  
ET  
AUTORISATIONS

Veillez remplir pour chaque enfant. S'il y a plus de trois enfants, réimprimer de la page 5 à la page 9.

Prénom et nom de l'enfant	
---------------------------	--

**9- CONTACTS D'URGENCE**

Prénom et nom du parent	Numéro de téléphone	
	Maison	
	Cellulaire	
	Travail	
	Maison	
	Cellulaire	
	Travail	
Autres personnes à contacter en cas d'urgence		
Nom et prénom	Lien avec l'enfant	Numéro(s) de téléphone

**10-INFORMATIONS MÉDICALES SUR VOTRE ENFANT**

Votre enfant prend-il des médicaments ?		Oui, remplir section 12		Non
Votre enfant souffre-t-il d'allergies sévères ?		Oui, remplir section 11		Non

Veillez identifier les allergies, malaises, maladies ou autres particularités :

Si vous cochez (✓) une ou plusieurs cases, veuillez faire une description détaillée de cette situation de santé. Toutes les informations sont pertinentes pour la sécurité de votre enfant.

Exemple : Épilepsie : Type de crise, fréquence, durée, moment dans la journée, la médication au besoin (voir tableau à la section suivante), son médecin, interventions pratiquées lors d'une crise, etc.

	Inscrire les informations pertinentes		Inscrire les informations pertinentes
(✓)	Allergie légère :	(✓)	Troubles cardiaques :
	Asthme : <input type="checkbox"/> Pompe		Troubles visuels : <input type="checkbox"/> Lunettes <input type="checkbox"/> Lentilles
	Diabète : <input type="checkbox"/> Insuline		Troubles auditifs : <input type="checkbox"/> Appareil
	Épilepsie :		Troubles moteurs : <input type="checkbox"/> Appareil d'appui
	Eczéma :		Troubles de langage : <input type="checkbox"/> Dysphasie
	Hyperactivité/TDAH :		Handicap physique :
			Handicap intellectuel :
	Autres : _____		
	_____		
	_____		
	_____		

**11-ALLERGIES GRAVES**

De quelle allergie souffre votre enfant ? (alimentaire, médicament, etc.)			
Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Epipen, Ana-kit) :		Oui	Non
Si oui, qui est autorisé à conserver et à administrer ce médicament, et selon quelle posologie ?			
(√) Cochez une ou plusieurs personnes autorisées :			
<input type="checkbox"/>	L'enfant lui-même (auto-administration)		
<input type="checkbox"/>	L'animateur de l'enfant		
<input type="checkbox"/>	Toute personne adulte responsable (ex. : coordonnateur, gestionnaire, ambulancier, etc.)		
<p>POSOLOGIE : _____</p> <p>Autres informations :</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>			

**12- IDENTIFICATION DE LA MÉDICATION****SEULS LES MÉDICAMENTS PRESCRITS PAR UN SPÉCIALISTE DE LA SANTÉ SERONT ADMINISTRÉS**

Nom du médicament	Dose (nbre ou milligramme)	Heure du traitement	Couleur	Endroit d'application	Raison/maladie
<i>Ex. : Ritalin</i>	<i>1 comprimé de 5 mg</i>	<i>2 fois, soit 1 fois à 9h et l'autre à 15h</i>	<i>Blanche</i>	<i>Avaler avec de l'eau et il le prend seul</i>	<i>Hyperactivité</i>
Décrire les soins ou l'attention particulière à apporter :					

### 13- AUTRES INFORMATIONS SUR VOTRE ENFANT

Les questions qui suivent nous aideront à mieux intervenir auprès de votre enfant.

Y a-t-il des activités auxquelles votre enfant ne peut pas participer ou seulement moyennant certaines conditions?	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Votre enfant a-t-il besoin d'un VFI (veste de flottaison individuelle) lorsqu'il nage?	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Votre enfant a-t-il un suivi particulier pendant l'année (médecin spécialiste, CLSC, CIUSS, technicien(ne) en éducation spécialisée, psychoéducateur(trice), travailleur(se) social(e), etc.)? Si oui, spécifiez : _____.	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Peut-il fuguer ?	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
A-t-il des difficultés relationnelles ou affectives ?	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Comment l'enfant se comporte-t-il à l'école, dans son milieu familial et social ?				
Souffre-t-il de phobie (peur) ?___et/ou vertige ?	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Intérêts particuliers et activités dans lesquels votre enfant est habile et aime :				
Veuillez nous indiquer toutes informations pertinentes pour nous aider à mieux encadrer votre enfant :				

### 14- ATTESTATION ET AUTORISATION

Légalement, aucun médicament ne peut être administré par le personnel d'animation. Le participant doit être capable de prendre seul ses médicaments. Cependant, nous autorisons le personnel à prendre toutes les mesures qu'il jugera nécessaires dans l'éventualité d'un problème de santé.

Je dégage le Camp de jour de Wotton et ses employés de toutes responsabilités en lien aux soins prodigués à mon enfant.

J'autorise les responsables du Camp de jour de Wotton à prendre les mesures nécessaires en cas d'urgence (premiers soins, ambulance...)  Oui  Non

Je reconnais que pour assurer aux enfants un séjour sécuritaire et de qualité, le Camp de jour de Wotton se doit d'obtenir, au sujet des enfants, les informations les plus complètes possible. Par la présente, je déclare que toutes les informations requises ont été fournies pour permettre l'inscription de (votre enfant) \_\_\_\_\_ au Camp de jour de Wotton, et que ces informations sont exactes et complètes.

Le Camp de jour de Wotton n'est aucunement responsable de tout incident ou inconvénient causé à l'enfant ci-dessus mentionné et se réserve le droit de refuser un enfant ou ne plus l'accepter en raison d'informations inexactes ou insuffisantes et même annuler son inscription.

\_\_\_\_\_  
Signature du parent (obligatoire)

\_\_\_\_\_  
Date (JJ-MM-AA)

## 15-INFORMATIONS SUR LES SERVICES ET ACCEPTATION DES CONDITIONS

<b>Reconnaissance des risques inhérents à la pratique d'activités et refus d'un participant</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Je reconnais qu'il y a des risques inhérents à la pratique d'activités. Le Camp de jour de Wotton n'est aucunement responsable de tout incident ou inconvénient causé aux participants mentionnés sur le présent formulaire d'inscription.</li> <li>☞ Le Camp de jour de Wotton se réserve le droit de refuser un participant ou même d'annuler son inscription, sans remboursement, en raison d'informations inexactes ou insuffisantes ou pour des questions de sécurité envers lui-même ou les autres participants.</li> <li>☞ Le Camp de jour de Wotton se réserve le droit de refuser un participant pour les raisons suivantes : non-paiement, non-respect répétitif du code de vie ou informations inexactes sur le participant.</li> </ul>	
<b>Règles de vie au camp de jour et au service de garde</b>	
<p>Il est de votre responsabilité de prendre connaissance du guide qui sera remis à votre enfant à la première journée du Camp de jour de Wotton, afin de l'en informer. Si, par inadvertance, vous n'avez pas reçu la documentation, vous devez tout de même en prendre connaissance en communiquant avec nous au numéro de téléphone suivant : <b>819 828-2112</b>.</p> <p>Ce guide contient toutes les informations importantes concernant le camp de jour. Il stipule aussi que certains comportements inadéquats peuvent faire l'objet d'une expulsion temporaire ou définitive selon le cas, et sans remboursement.</p>	
<b>Service de garde de 7h30 à 9h et de 16h à 17h30</b>	
<p>Le service de garde a été mis sur pied afin de vous aider à concilier votre horaire de travail avec celui du camp de jour de Wotton.</p> <p><b>IMPORTANT</b> : Si votre enfant n'est pas inscrit au service de garde, il n'est pas sous la surveillance du camp.</p>	
<p>PHOTO ET VIDÉO : J'accepte que mon enfant soit pris en photo ou en vidéo et que la Municipalité de Wotton puisse les utiliser gratuitement à des fins publicitaires dans ses documents, réseaux sociaux et site internet : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	
<p><input type="checkbox"/> J'ai lu et compris les sections, 1 à 15 du présent document formulaire.</p> <p><input type="checkbox"/> J'ai rempli, signé et joint la <b>fiche santé</b> du présent participant.</p>	
<p>Je reconnais que pour assurer aux enfants un séjour sécuritaire et de qualité, le Camp de jour de Wotton se doit d'obtenir, au sujet des enfants, les informations les plus complètes possible. Par la présente, je déclare que toutes les informations requises ont été fournies pour permettre l'inscription de l'enfant _____ au Camp de jour, et que ces informations sont exactes et complètes.</p> <p>Le Camp de jour de Wotton n'est aucunement responsable de tout incident ou inconvénient causé à l'enfant ci-dessus mentionné et se réserve le droit de refuser un enfant ou ne plus l'accepter en raison d'informations inexactes ou insuffisantes et même annuler son inscription.</p>	
Signature du parent :	Date (JJ/MM/AA) :



FICHE MÉDICALE  
ET  
AUTORISATIONS

Veillez remplir pour chaque enfant.

Prénom et nom de l'enfant	
---------------------------	--

**9- CONTACTS D'URGENCE**

Prénom et nom du parent	Numéro de téléphone	
	Maison	
	Cellulaire	
	Travail	
	Maison	
	Cellulaire	
	Travail	
Autres personnes à contacter en cas d'urgence		
Nom et prénom	Lien avec l'enfant	Numéro(s) de téléphone

**10-INFORMATIONS MÉDICALES SUR VOTRE ENFANT**

Votre enfant prend-t-il des médicaments ?		Oui, remplir section 12	Non
Votre enfant souffre-t-il d'allergies sévères ?		Oui, remplir section 11	Non

Veillez identifier les allergies, malaises, maladies ou autres particularités :

Si vous cochez (✓) une ou plusieurs cases, veuillez faire une description détaillée de cette situation de santé. Toutes les informations sont pertinentes pour la sécurité de votre enfant.

Exemple : Épilepsie : Type de crise, fréquence, durée, moment dans la journée, la médication au besoin (voir tableau à la section suivante), son médecin, interventions pratiquées lors d'une crise, etc.

	Inscrire les informations pertinentes		Inscrire les informations pertinentes
(✓)	Allergie légère :	(✓)	Troubles cardiaques :
	Asthme : <input type="checkbox"/> Pompe		Troubles visuels : <input type="checkbox"/> Lunettes <input type="checkbox"/> Lentilles
	Diabète : <input type="checkbox"/> Insuline		Troubles auditifs : <input type="checkbox"/> Appareil
	Épilepsie :		Troubles moteurs : <input type="checkbox"/> Appareil d'appui
	Eczéma :		Troubles de langage : <input type="checkbox"/> Dysphasie
	Hyperactivité/TDAH :		Handicap physique :
			Handicap intellectuel :
	Autres : _____		
	_____		
	_____		
	_____		

**11-ALLERGIES GRAVES**

De quelle allergie souffre votre enfant ? (alimentaire, médicament, etc.)			
Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Epipen, Ana-kit) :		Oui	Non
Si oui, qui est autorisé à conserver et à administrer ce médicament, et selon quelle posologie ?			
(√) Cochez une ou plusieurs personnes autorisées :			
<input type="checkbox"/>	L'enfant lui-même (auto-administration)		
<input type="checkbox"/>	L'animateur de l'enfant		
<input type="checkbox"/>	Toute personne adulte responsable (ex. : coordonnateur, gestionnaire, ambulancier, etc.)		
<p>POSOLOGIE : _____</p> <p>Autres informations :</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>			

**12- IDENTIFICATION DE LA MÉDICATION****SEULS LES MÉDICAMENTS PRESCRITS PAR UN SPÉCIALISTE DE LA SANTÉ SERONT ADMINISTRÉS**

Nom du médicament	Dose (nbre ou milligramme)	Heure du traitement	Couleur	Endroit d'application	Raison/maladie
<i>Ex. : Ritalin</i>	<i>1 comprimé de 5 mg</i>	<i>2 fois, soit 1 fois à 9h et l'autre à 15h</i>	<i>Blanche</i>	<i>Avaler avec de l'eau et il le prend seul</i>	<i>Hyperactivité</i>
Décrire les soins ou l'attention particulière à apporter :					

### 13- AUTRES INFORMATIONS SUR VOTRE ENFANT

Les questions qui suivent nous aideront à mieux intervenir auprès de votre enfant.

Y a-t-il des activités auxquelles votre enfant ne peut pas participer ou seulement moyennant certaines conditions?	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Votre enfant a-t-il besoin d'un VFI (veste de flottaison individuelle) lorsqu'il nage?	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Votre enfant a-t-il un suivi particulier pendant l'année (médecin spécialiste, CLSC, CIUSS, technicien(ne) en éducation spécialisée, psychoéducateur(trice), travailleur(se) social(e), etc.)? Si oui, spécifiez : _____.	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Peut-il fuguer ?	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
A-t-il des difficultés relationnelles ou affectives ?	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Comment l'enfant se comporte-t-il à l'école, dans son milieu familial et social ?				
Souffre-t-il de phobie (peur) ?___et/ou vertige ?	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Intérêts particuliers et activités dans lesquels votre enfant est habile et aime :				
Veuillez nous indiquer toutes informations pertinentes pour nous aider à mieux encadrer votre enfant :				

### 14- ATTESTATION ET AUTORISATION

Légalement, aucun médicament ne peut être administré par le personnel d'animation. Le participant doit être capable de prendre seul ses médicaments. Cependant, nous autorisons le personnel à prendre toutes les mesures qu'il jugera nécessaires dans l'éventualité d'un problème de santé.

Je dégage le Camp de jour de Wotton et ses employés de toutes responsabilités en lien aux soins prodigués à mon enfant.

J'autorise les responsables du Camp de jour de Wotton à prendre les mesures nécessaires en cas d'urgence (premiers soins, ambulance...)  Oui  Non

Je reconnais que pour assurer aux enfants un séjour sécuritaire et de qualité, le Camp de jour de Wotton se doit d'obtenir, au sujet des enfants, les informations les plus complètes possible. Par la présente, je déclare que toutes les informations requises ont été fournies pour permettre l'inscription de (votre enfant) \_\_\_\_\_ au Camp de jour de Wotton, et que ces informations sont exactes et complètes.

Le Camp de jour de Wotton n'est aucunement responsable de tout incident ou inconfort causé à l'enfant ci-dessus mentionné et se réserve le droit de refuser un enfant ou ne plus l'accepter en raison d'informations inexactes ou insuffisantes et même annuler son inscription.

\_\_\_\_\_  
Signature du parent (obligatoire)

\_\_\_\_\_  
Date (JJ-MM-AA)

**15-INFORMATIONS SUR LES SERVICES ET ACCEPTATION DES CONDITIONS**

<b>Reconnaissance des risques inhérents à la pratique d'activités et refus d'un participant</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Je reconnais qu'il y a des risques inhérents à la pratique d'activités. Le Camp de jour de Wotton n'est aucunement responsable de tout incident ou inconfort causé aux participants mentionnés sur le présent formulaire d'inscription.</li> <li>☞ Le Camp de jour de Wotton se réserve le droit de refuser un participant ou même d'annuler son inscription, sans remboursement, en raison d'informations inexacts ou insuffisantes ou pour des questions de sécurité envers lui-même ou les autres participants.</li> <li>☞ Le Camp de jour de Wotton se réserve le droit de refuser un participant pour les raisons suivantes : non-paiement, non-respect répétitif du code de vie ou informations inexacts sur le participant.</li> </ul>	
<b>Règles de vie au camp de jour et au service de garde</b>	
<p>Il est de votre responsabilité de prendre connaissance du guide qui sera remis à votre enfant à la première journée du Camp de jour de Wotton, afin de l'en informer. Si, par inadvertance, vous n'avez pas reçu la documentation, vous devez tout de même en prendre connaissance en communiquant avec nous au numéro de téléphone suivant : <b>819 828-2112</b>.</p> <p>Ce guide contient toutes les informations importantes concernant le camp de jour. Il stipule aussi que certains comportements inadéquats peuvent faire l'objet d'une expulsion temporaire ou définitive selon le cas, et sans remboursement.</p>	
<b>Service de garde de 7h30 à 9h et de 16h à 17h30</b>	
<p>Le service de garde a été mis sur pied afin de vous aider à concilier votre horaire de travail avec celui du camp de jour de Wotton.</p> <p><b>IMPORTANT</b> : Si votre enfant n'est pas inscrit au service de garde, il n'est pas sous la surveillance du camp.</p>	
<p>PHOTO ET VIDÉO : J'accepte que mon enfant soit pris en photo ou en vidéo et que la Municipalité de Wotton puisse les utiliser gratuitement à des fins publicitaires dans ses documents, réseaux sociaux et site internet : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	
<p><input type="checkbox"/> J'ai lu et compris les sections, 1 à 15 du présent document formulaire.</p> <p><input type="checkbox"/> J'ai rempli, signé et joint la <b>fiche santé</b> du présent participant.</p>	
<p>Je reconnais que pour assurer aux enfants un séjour sécuritaire et de qualité, le Camp de jour de Wotton se doit d'obtenir, au sujet des enfants, les informations les plus complètes possible. Par la présente, je déclare que toutes les informations requises ont été fournies pour permettre l'inscription de l'enfant _____ au Camp de jour, et que ces informations sont exactes et complètes.</p> <p>Le Camp de jour de Wotton n'est aucunement responsable de tout incident ou inconfort causé à l'enfant ci-dessus mentionné et se réserve le droit de refuser un enfant ou ne plus l'accepter en raison d'informations inexacts ou insuffisantes et même annuler son inscription.</p>	
Signature du parent :	Date (JJ/MM/AA) :

FICHE MÉDICALE  
ET  
AUTORISATIONS

Veillez remplir pour chaque enfant.

Prénom et nom de l'enfant	
---------------------------	--

**9- CONTACTS D'URGENCE**

Prénom et nom du parent	Numéro de téléphone	
	Maison	
	Cellulaire	
	Travail	
	Maison	
	Cellulaire	
	Travail	
Autres personnes à contacter en cas d'urgence		
Nom et prénom	Lien avec l'enfant	Numéro(s) de téléphone

**10-INFORMATIONS MÉDICALES SUR VOTRE ENFANT**

Votre enfant prend-t-il des médicaments ?		Oui, remplir section 12	Non
Votre enfant souffre-t-il d'allergies sévères ?		Oui, remplir section 11	Non

Veillez identifier les allergies, malaises, maladies ou autres particularités :

Si vous cochez (✓) une ou plusieurs cases, veuillez faire une description détaillée de cette situation de santé. Toutes les informations sont pertinentes pour la sécurité de votre enfant.

Exemple : Épilepsie : Type de crise, fréquence, durée, moment dans la journée, la médication au besoin (voir tableau à la section suivante), son médecin, interventions pratiquées lors d'une crise, etc.

	Inscrire les informations pertinentes		Inscrire les informations pertinentes
(✓)	Allergie légère :	(✓)	Troubles cardiaques :
	Asthme : <input type="checkbox"/> Pompe		Troubles visuels : <input type="checkbox"/> Lunettes <input type="checkbox"/> Lentilles
	Diabète : <input type="checkbox"/> Insuline		Troubles auditifs : <input type="checkbox"/> Appareil
	Épilepsie :		Troubles moteurs : <input type="checkbox"/> Appareil d'appui
	Eczéma :		Troubles de langage : <input type="checkbox"/> Dysphasie
	Hyperactivité/TDAH :		Handicap physique :
			Handicap intellectuel :
	Autres : _____		
	_____		
	_____		
	_____		

**11-ALLERGIES GRAVES**

De quelle allergie souffre votre enfant ? (alimentaire, médicament, etc.)			
Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Epipen, Ana-kit) :		Oui	Non
Si oui, qui est autorisé à conserver et à administrer ce médicament, et selon quelle posologie ?			
(√) Cochez une ou plusieurs personnes autorisées :			
<input type="checkbox"/>	L'enfant lui-même (auto-administration)		
<input type="checkbox"/>	L'animateur de l'enfant		
<input type="checkbox"/>	Toute personne adulte responsable (ex. : coordonnateur, gestionnaire, ambulancier, etc.)		
<p>POSOLOGIE : _____</p> <p>Autres informations :</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>			

**12- IDENTIFICATION DE LA MÉDICATION****SEULS LES MÉDICAMENTS PRESCRITS PAR UN SPÉCIALISTE DE LA SANTÉ SERONT ADMINISTRÉS**

Nom du médicament	Dose (nbre ou milligramme)	Heure du traitement	Couleur	Endroit d'application	Raison/maladie
<i>Ex. : Ritalin</i>	<i>1 comprimé de 5 mg</i>	<i>2 fois, soit 1 fois à 9h et l'autre à 15h</i>	<i>Blanche</i>	<i>Avaler avec de l'eau et il le prend seul</i>	<i>Hyperactivité</i>
Décrire les soins ou l'attention particulière à apporter :					

### 13- AUTRES INFORMATIONS SUR VOTRE ENFANT

Les questions qui suivent nous aideront à mieux intervenir auprès de votre enfant.

Y a-t-il des activités auxquelles votre enfant ne peut pas participer ou seulement moyennant certaines conditions?	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Votre enfant a-t-il besoin d'un VFI (veste de flottaison individuelle) lorsqu'il nage?	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Votre enfant a-t-il un suivi particulier pendant l'année (médecin spécialiste, CLSC, CIUSS, technicien(ne) en éducation spécialisée, psychoéducateur(trice), travailleur(se) social(e), etc.)? Si oui, spécifiez : _____.	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Peut-il fuguer ?	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
A-t-il des difficultés relationnelles ou affectives ?	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Comment l'enfant se comporte-t-il à l'école, dans son milieu familial et social ?				
Souffre-t-il de phobie (peur) ?___et/ou vertige ?	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Intérêts particuliers et activités dans lesquels votre enfant est habile et aime :				
Veuillez nous indiquer toutes informations pertinentes pour nous aider à mieux encadrer votre enfant :				

### 14- ATTESTATION ET AUTORISATION

Légalement, aucun médicament ne peut être administré par le personnel d'animation. Le participant doit être capable de prendre seul ses médicaments. Cependant, nous autorisons le personnel à prendre toutes les mesures qu'il jugera nécessaires dans l'éventualité d'un problème de santé.

Je dégage le Camp de jour de Wotton et ses employés de toutes responsabilités en lien aux soins prodigués à mon enfant.

J'autorise les responsables du Camp de jour de Wotton à prendre les mesures nécessaires en cas d'urgence (premiers soins, ambulance...)  Oui  Non

Je reconnais que pour assurer aux enfants un séjour sécuritaire et de qualité, le Camp de jour de Wotton se doit d'obtenir, au sujet des enfants, les informations les plus complètes possible. Par la présente, je déclare que toutes les informations requises ont été fournies pour permettre l'inscription de (votre enfant) \_\_\_\_\_ au Camp de jour de Wotton, et que ces informations sont exactes et complètes.

Le Camp de jour de Wotton n'est aucunement responsable de tout incident ou inconvénient causé à l'enfant ci-dessus mentionné et se réserve le droit de refuser un enfant ou ne plus l'accepter en raison d'informations inexactes ou insuffisantes et même annuler son inscription.

\_\_\_\_\_  
Signature du parent (obligatoire)

\_\_\_\_\_  
Date (JJ-MM-AA)

**15-INFORMATIONS SUR LES SERVICES ET ACCEPTATION DES CONDITIONS**

<b>Reconnaissance des risques inhérents à la pratique d'activités et refus d'un participant</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Je reconnais qu'il y a des risques inhérents à la pratique d'activités. Le Camp de jour de Wotton n'est aucunement responsable de tout incident ou inconvénient causé aux participants mentionnés sur le présent formulaire d'inscription.</li> <li>☞ Le Camp de jour de Wotton se réserve le droit de refuser un participant ou même d'annuler son inscription, sans remboursement, en raison d'informations inexactes ou insuffisantes ou pour des questions de sécurité envers lui-même ou les autres participants.</li> <li>☞ Le Camp de jour de Wotton se réserve le droit de refuser un participant pour les raisons suivantes : non-paiement, non-respect répétitif du code de vie ou informations inexactes sur le participant.</li> </ul>	
<b>Règles de vie au camp de jour et au service de garde</b>	
<p>Il est de votre responsabilité de prendre connaissance du guide qui sera remis à votre enfant à la première journée du Camp de jour de Wotton, afin de l'en informer. Si, par inadvertance, vous n'avez pas reçu la documentation, vous devez tout de même en prendre connaissance en communiquant avec nous au numéro de téléphone suivant : <b>819 828-2112</b>.</p> <p>Ce guide contient toutes les informations importantes concernant le camp de jour. Il stipule aussi que certains comportements inadéquats peuvent faire l'objet d'une expulsion temporaire ou définitive selon le cas, et sans remboursement.</p>	
<b>Service de garde de 7h30 à 9h et de 16h à 17h30</b>	
<p>Le service de garde a été mis sur pied afin de vous aider à concilier votre horaire de travail avec celui du camp de jour de Wotton.</p> <p><b>IMPORTANT</b> : Si votre enfant n'est pas inscrit au service de garde, il n'est pas sous la surveillance du camp.</p>	
<p>PHOTO ET VIDÉO : J'accepte que mon enfant soit pris en photo ou en vidéo et que la Municipalité de Wotton puisse les utiliser gratuitement à des fins publicitaires dans ses documents, réseaux sociaux et site internet : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	
<p><input type="checkbox"/> J'ai lu et compris les sections, 1 à 15 du présent document formulaire.</p> <p><input type="checkbox"/> J'ai rempli, signé et joint la <b>fiche santé</b> du présent participant.</p>	
<p>Je reconnais que pour assurer aux enfants un séjour sécuritaire et de qualité, le Camp de jour de Wotton se doit d'obtenir, au sujet des enfants, les informations les plus complètes possible. Par la présente, je déclare que toutes les informations requises ont été fournies pour permettre l'inscription de l'enfant _____ au Camp de jour, et que ces informations sont exactes et complètes.</p> <p>Le Camp de jour de Wotton n'est aucunement responsable de tout incident ou inconvénient causé à l'enfant ci-dessus mentionné et se réserve le droit de refuser un enfant ou ne plus l'accepter en raison d'informations inexactes ou insuffisantes et même annuler son inscription.</p>	
Signature du parent :	Date (JJ/MM/AA) :