



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

FICHE D'INSCRIPTION

CAMP DE JOUR DE WOTTON

Les inscriptions auront lieu du 1 au 23 mai 2024 au bureau municipal.

DATE LIMITE : 23 mai 2023 avant 16h.

Veillez remplir cette fiche d'inscription et la remettre dûment complétée.

Informations ou aide pour remplir le formulaire

Nathalie Letarte – Réception de la Municipalité de Wotton

Téléphone : 819 828-2112 poste 210

Courriel : reception@wotton.ca

Informations générales

- 1) **Priorité aux résidents de Wotton et aux employés municipaux (1) et aux employés des entreprises de Wotton (2), les non-résidents pourront s'inscrire si des places demeurent disponibles.**
- 2) **Admissibilité : enfants âgés de 5 à 13 ans (pour l'inscrire dans un groupe, votre enfant doit avoir l'âge minimum requis au plus tard le 30 septembre 2024). Les enfants inscrits dans le groupe de 5 ans doivent avoir complété la maternelle 4 ans à temps complet.**
- 3) **Le camp de jour aura lieu du 25 juin au 9 août 2024.**
- 4) **Le camp de jour sera fermé le 1^{er} juillet 2024.**
- 5) **Le camp de jour sera ouvert pendant les vacances de la construction.**
- 6) **Vous recevrez une confirmation au cours de la semaine suivant la date de fin des inscriptions par la poste.**
- 7) **Le paiement doit être fait dans les 5 jours suivant l'acceptation.**

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 (v) VOTRE MODE D'INSCRIPTION

<input type="checkbox"/> Au bureau municipal (396, rue Mgr-L'Heureux)	<input type="checkbox"/> Boîte municipale de courrier (à l'entrée extérieure de l'hôtel de ville)
<ul style="list-style-type: none"> • Les places sont limitées. • 1) les citoyens de Wotton et les employés municipaux; 2) les employés des entreprises de Wotton. • Les parents qui travaillent et qui ont besoin du service d'animation estival seront priorisés (une preuve de l'employeur est exigée). 	

2 - RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR LE PARTICIPANT (ENFANT)

Veillez 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

Veuillez cocher (v) les services désirés.				
La programmation se déroulera du lundi au vendredi de 9h à 16h.	Tarifs résidents Pour la saison du 25 juin au 9 août 2024.		Tarifs non-résidents Pour la saison du 25 juin au 9 août 2024. Le montant de base est majoré de 50%.	
		(v)		(v)
Un (1) enfant	200 \$	<input type="checkbox"/>	300 \$	<input type="checkbox"/>
Deux (2) enfants	170 \$	<input type="checkbox"/>	259 \$	<input type="checkbox"/>
Enfants suivants	170 \$	<input type="checkbox"/>	259 \$	<input type="checkbox"/>
Total de la section 4 _____ \$ (à reporter à la section 7)				

5-PRÉSENCES AU CAMP DE JOUR

Veuillez cocher (v) les numéros de semaine ou votre enfant sera présent.

Semaine #1 (25 au 28 juin 2024)	
Semaine #2 (2 au 5 juillet 2024)	
Semaine #3 (8 au 12 juillet 2024)	
Semaine #4 (15 au 19 juillet 2024)	
Semaine #5 (22 au 26 juillet 2024)	
Semaine #6 (29 juillet au 2 août 2024)	
Semaine #7 (5 au 9 août 2024)	

6- INSCRIPTION AU SERVICE DE GARDE

Veuillez cocher (v) les services désirés et inscrire les informations demandées.

Le **service de garde** est offert le **matin de 7h30 à 9h** et en **fin de journée 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			
	(v)	Inscrire le nombre d'enfants	Inscrire le total (\$)		(v)	Inscrire le nombre d'enfants	Inscrire le total (\$)
Matin 40\$ / Enfant				Matin 60\$ / Enfant			
Fin de journée 40\$ / Enfant				Fin de journée 60\$/ Enfant			
Total de la section 6 _____\$ (à reporter à la section 7)							

7- MODALITÉS DE PAIEMENT

Remplir la section.

- Le **paiement** doit être effectué en totalité 5 jours après l'acceptation.

Pour les paiements par chèque : chèque **libellé au nom de Municipalité de Wotton**.

- Choix 1 : Remettre en personne votre formulaire d'inscription complété et votre preuve de travail de l'employeur au bureau municipal.
- Choix 2 : Déposer votre formulaire d'inscription complété dans la boîte extérieure du bureau municipal. Joindre la preuve de travail de l'employeur.

TOTAL SECTION 4 = _____ \$

TOTAL SECTION 6 = _____ \$

TOTAL = _____ \$

Remplir la section lors du paiement seulement.

MODEDEPAIEMENT :

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

Il est interdit de remettre les inscriptions et les paiements aux animateurs ou à la coordonnatrice du camp de jour.

Signature du parent (obligatoire) :

Date :

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

FICHE MÉDICALE
ET
AUTORISATIONS

Veillez remplir pour chaque enfant. S'il y a plus de trois enfants, réimprimer de la page 6 à la page 11.

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		
Prénom et nom	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
<p>Veillez identifier les allergies, malaises, maladies ou autres particularités : Si vous cochez (v) 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.</p> <p>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.</p>			
(v)	Inscrire les informations pertinentes	(v)	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 :		
<hr/> <hr/>			
Votre enfant est suivi par un(e) éducateur(trice) spécialisé(e) ?		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Nom de l'éducateur(trice) spécialisé(e) :			
Crème solaire			
Veillez noter que votre enfant doit avoir sa propre crème solaire tous les jours.			
En cas d'oubli, j'accepte que mon enfant applique n'importe quelle sorte de crème solaire disponible?			
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Allergie à une marque de crème solaire : _____			
Allergie à un ingrédient : _____			

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 ?			
(v) 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.)		
POSOLOGIE : _____ Autres informations : _____ _____ _____ _____			

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

Nom du médicament	Dose (nombre 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>Avalez 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 :				
Est-ce qu'il y a des interdits de contacts auprès de l'enfant?	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Si oui, indiquer le prénom et nom ainsi que le lien avec l'enfant?				

14-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 (v) 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			

15- 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 inexacts ou insuffisantes et même annuler son inscription.

Signature du parent (obligatoire)

Date (JJ-MM-AA)

16-INFORMATIONS SUR LES SERVICES ET ACCEPTATION DES CONDITIONS

Reconnaissance des risques inhérents à la pratique d'activités et refus d'un participant

- ☛ 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 mentionné sur le présent formulaire d'inscription.
- ☛ 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.
- ☛ 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.

Règles de vie au camp de jour et au service de garde

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 : **819 828-2112**.

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.

Service de garde de 7h30 à 9h et de 16h à 17h30

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.

IMPORTANT : Si votre enfant n'est pas inscrit au service de garde, il n'est pas sous la surveillance du camp.

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 :

Oui Non

J'ai lu et compris les sections, 1 à 15 du présent formulaire.

J'ai rempli, signé et joint la **fiche santé** du présent participant.

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, 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 inexacts ou insuffisantes et même annuler son inscription.

Signature du parent :

Date (JJ/MM/AA) :

FICHE MÉDICALE
ET
AUTORISATIONS

Veillez remplir pour chaque enfant. S'il y a plus de trois enfants, réimprimer de la page 6 à la page 11.

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		
Prénom et nom	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
<p>Veillez identifier les allergies, malaises, maladies ou autres particularités : Si vous cochez (v) 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.</p> <p>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.</p>			
(v)	Inscrire les informations pertinentes	(v)	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 :		
<hr/> <hr/>			
Votre enfant est suivi par un(e) éducateur(trice) spécialisé(e) ?		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Nom de l'éducateur(trice) spécialisé(e) :			
Crème solaire			
Veillez noter que votre enfant doit avoir sa propre crème solaire tous les jours.			
En cas d'oubli, j'accepte que mon enfant applique n'importe quelle sorte de crème solaire disponible?			
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Allergie à une marque de crème solaire : _____			
Allergie à un ingrédient : _____			

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 ?			
(v) 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.)		
POSOLOGIE : _____ Autres informations : _____ _____ _____ _____			

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

Nom du médicament	Dose (nombre 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>Avalez 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 :				
Est-ce qu'il y a des interdits de contacts auprès de l'enfant?	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Si oui, indiquer le prénom et nom ainsi que le lien avec l'enfant?				

14-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 (v) 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			

15- 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 inexacts ou insuffisantes et même annuler son inscription.

Signature du parent (obligatoire)

Date (JJ-MM-AA)

16-INFORMATIONS SUR LES SERVICES ET ACCEPTATION DES CONDITIONS

Reconnaissance des risques inhérents à la pratique d'activités et refus d'un participant

- ☛ 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 mentionné sur le présent formulaire d'inscription.
- ☛ 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.
- ☛ 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.

Règles de vie au camp de jour et au service de garde

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 : **819 828-2112**.

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.

Service de garde de 7h30 à 9h et de 16h à 17h30

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.

IMPORTANT : Si votre enfant n'est pas inscrit au service de garde, il n'est pas sous la surveillance du camp.

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 :

Oui Non

J'ai lu et compris les sections, 1 à 15 du présent formulaire.

J'ai rempli, signé et joint la **fiche santé** du présent participant.

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, 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 inexacts ou insuffisantes et même annuler son inscription.

Signature du parent :

Date (JJ/MM/AA) :

FICHE MÉDICALE
ET
AUTORISATIONS

Veillez remplir pour chaque enfant. S'il y a plus de trois enfants, réimprimer de la page 6 à la page 11.

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		
Prénom et nom	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
<p>Veillez identifier les allergies, malaises, maladies ou autres particularités :</p> <p>Si vous cochez (v) 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.</p> <p>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.</p>			
(v)	Inscrire les informations pertinentes	(v)	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 :		
<hr/> <hr/>			
Votre enfant est suivi par un(e) éducateur(trice) spécialisé(e) ?		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Nom de l'éducateur(trice) spécialisé(e) :			
Crème solaire			
Veillez noter que votre enfant doit avoir sa propre crème solaire tous les jours.			
En cas d'oubli, j'accepte que mon enfant applique n'importe quelle sorte de crème solaire disponible?			
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Allergie à une marque de crème solaire : _____			
Allergie à un ingrédient : _____			

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 ?			
(v) 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.)		
POSOLOGIE : _____ Autres informations : _____ _____ _____ _____			

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

Nom du médicament	Dose (nombre 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>Avalez 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 :				
Est-ce qu'il y a des interdits de contacts auprès de l'enfant?	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Si oui, indiquer le prénom et nom ainsi que le lien avec l'enfant?				

14-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 (v) 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			

15- 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 inexacts ou insuffisantes et même annuler son inscription.

Signature du parent (obligatoire)

Date (JJ-MM-AA)

16-INFORMATIONS SUR LES SERVICES ET ACCEPTATION DES CONDITIONS

Reconnaissance des risques inhérents à la pratique d'activités et refus d'un participant

- ☛ 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 mentionné sur le présent formulaire d'inscription.
- ☛ 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.
- ☛ 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.

Règles de vie au camp de jour et au service de garde

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 : **819 828-2112**.

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.

Service de garde de 7h30 à 9h et de 16h à 17h30

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.

IMPORTANT : Si votre enfant n'est pas inscrit au service de garde, il n'est pas sous la surveillance du camp.

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 :

Oui Non

J'ai lu et compris les sections, 1 à 15 du présent formulaire.

J'ai rempli, signé et joint la **fiche santé** du présent participant.

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, 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 inexacts ou insuffisantes et même annuler son inscription.

Signature du parent :

Date (JJ/MM/AA) :

