

# INFORMATIONS SUR L'ENFANT



Prénom/Nom de l'enfant : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Date de naissance : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Âge : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
---	--	--

Numéro d'assurance maladie : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	Date d'expiration : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
---	--

Prénom/Nom de la MÈRE : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Téléphone maison : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	Cellulaire : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	Travail : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
---	---	--

Prénom/Nom du PÈRE : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Téléphone maison : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	Cellulaire : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	Travail : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
---	---	--

**AUTRE :** (En cas d'urgence et advenant l'impossibilité de rejoindre les parents, cette autre personne sera autorisée à prendre des décisions)

Prénom/Nom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	Lien avec l'enfant : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
---	---

Téléphone maison : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	Cellulaire : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	Travail : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
---	---	--

En cas d'urgence, votre ou vos enfants devront être transportés vers quel établissement de santé ?

CLSC Fortierville  Hôtel-Dieu d'Arthabaska  Centre hospitalier Trois-Rivières  CHUL Québec

## ALLERGIES, MALADIES, MALAISES, ETC.

MON ENFANT SOUFFRE DE : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. ou  Aucun(e)

<input type="checkbox"/> *Allergie(s)	Nommez-la (les) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
---------------------------------------	--

\*Veuillez noter qu'en raison de la situation actuelle liée à la pandémie, tous les symptômes d'allergies qui s'apparentent aux symptômes de la COVID-19 devront être contrôlés avant d'intégrer le camp de jour, sans quoi les enfants pourraient être retournés à la maison.

**NB :** Si votre enfant présente une allergie nécessitant l'utilisation d'un auto-injecteur d'épinéphrine (Epipen), vous avez l'obligation d'en informer les responsables du Camp de jour au moment de l'inscription. De plus, veuillez noter que votre enfant devra avoir son auto-injecteur sur lui EN TOUT TEMPS et qu'un plan d'intervention devra être mis en place avec la Coordinatrice avant le début du Camp de jour.

<input type="checkbox"/> Asthme	<input type="checkbox"/> Handicap auditif
<input type="checkbox"/> Épilepsie	<input type="checkbox"/> Handicap visuel
<input type="checkbox"/> Diabète	<input type="checkbox"/> Handicap intellectuel
<input type="checkbox"/> Handicap moteur	<input type="checkbox"/> Hyperactivité/TDAH
<input type="checkbox"/> Trouble déficitaire de l'attention	<input type="checkbox"/> Phobies (vertige/noirceur/araignée, etc.) Précisez ci-dessous : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
<input type="checkbox"/> Trouble cardiaque	<input type="checkbox"/> Autre : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

## AUTORISATIONS – ARRIVÉES ET DÉPARTS DE L'ENFANT

J'autorise mon/mes enfant(s) à se rendre seul(s) au camp de jour et à retourner seul(s) à la maison. ➤ Il(s) est(sont) autorisé(s) à quitter le camp de jour et à retourner seul(s) à la maison à partir de : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. (Heure). Je dégage de toute responsabilité le camp de jour et les animateurs, de tout accident qui pourrait survenir lors de ces trajets.	Signature de la MÈRE ou du PÈRE (insérer photo ou imprimer et signer)
--	---

Je (ou personnes autorisées*) vais reconduire et je vais chercher mon/mes enfant(s) à tous les jours, matin et soir.	Signature de la MÈRE ou du PÈRE (insérer photo ou imprimer et signer) :
--	---

**\*Personnes autorisées** (autre que MÈRE et PÈRE inscrits ci-dessus) à reconduire et venir chercher mon/mes enfant(s) :

Prénom/Nom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	Téléphone : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	Lien avec l'enfant : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
Prénom/Nom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	Téléphone : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	Lien avec l'enfant : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Mon enfant peut, occasionnellement, manger des collations glacées et/ou sucrées offertes par le Camp de jour	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Mon enfant peut faire de petites sorties sur le territoire de la municipalité, avec le personnel du Camp de jour. Exemple : Pique-nique, balade dans la piste multifonctionnelle, etc.	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

## INFORMATIONS SUR L'ENFANT (SUITE)

### AUTORISATIONS (SUITE)

<p><del>L'application de la crème solaire ne peut se faire sans une autorisation écrite des parents. Par la présente, j'autorise le personnel du Camp de jour à appliquer de la crème solaire à mon enfant.</del></p>	<p>En raison de la situation actuelle liée à la pandémie, le personnel du Camp de jour <b>n'est pas autorisé</b> à appliquer de la crème solaire aux enfants. <b>Les parents ont la responsabilité d'appliquer de la crème solaire à leur enfant avant l'arrivée au camp de jour et à sensibiliser leur enfant aux techniques d'application adéquates.</b> Signature de la MÈRE ou du PÈRE (insérer photo ou imprimer et signer) :</p>
<p><del>J'autorise le personnel du Camp de jour à appliquer des produits de type « chasse moustique » à mon enfant.</del></p>	<p>En raison de la situation actuelle liée à la pandémie, le personnel du Camp de jour <b>n'est pas autorisé</b> à appliquer des produits de type « chasse moustique » aux enfants. <b>Les parents ont la responsabilité d'appliquer les produits de type « chasse moustique » à leur enfant avant l'arrivée au camp de jour et à sensibiliser leur enfant aux techniques d'application adéquates.</b> Signature de la MÈRE ou du PÈRE (insérer photo ou imprimer et signer) :</p>
<p>Le comprends que le Camp de jour termine à 17 h 30. Je m'engage à prévenir le personnel de tous mes retards et je comprends que j'aurai à payer 5 \$ par 15 minutes de retard.</p>	<p>Signature de la MÈRE ou du PÈRE (insérer photo ou imprimer et signer) :</p>
<p>J'autorise le personnel du Camp de jour à prendre des photos ou faire des vidéos de mon enfant au cours des activités de l'été. J'autorise le Camp de jour et la Municipalité de Parisville à se servir de ce matériel en tout ou en partie, à des fins de souvenirs (albums) ou d'outils promotionnels (site Internet, journal municipal, médias sociaux, etc.).</p>	<p>Signature de la MÈRE ou du PÈRE (insérer photo ou imprimer et signer) :</p>

### MÉDICAMENTS

**Veuillez noter que les animateurs du camp de jour ne sont pas autorisés à administrer des médicaments à votre enfant.**

### ENGAGEMENT

Je reconnais que pour assurer à mon enfant un séjour sécuritaire et de qualité, le service d'animation estivale se doit d'obtenir, au sujet des enfants, les informations les plus complètes possibles. Par la présente, je déclare que toutes les informations requises concernant mon enfant ont été fournies et que ces informations sont exactes et complètes.

De plus, j'autorise le personnel à fournir à mon enfant les soins nécessaires ou demander l'intervention des ambulanciers en cas d'urgence si le cas semble le justifier et s'il est impossible de nous rejoindre.

Je dégage le service d'animation estivale de toutes responsabilités en égard aux soins prodigués aux enfants.

<p>Signature de la MÈRE ou du PÈRE (insérer photo ou imprimer et signer) :</p>	<p>Date : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.</p>
--	--

**Bien vouloir remettre ce formulaire complété avant le 17 juin**  
à la coordonnatrice du camp de jour, Lucie Leclerc, aux coordonnées suivantes :  
Par courriel à [info@municipalite.parisville.qc.ca](mailto:info@municipalite.parisville.qc.ca) | Télécopieur au 819-292-1514 | Chute à courrier ou en main propre au bureau municipal - 975, rue Principale Ouest, Parisville | Par la poste à la même adresse