

## FORMULAIRE D'INSCRIPTION CAMP DE JOUR –   T   2024

(1 formulaire par enfant)

**PAYÉ**

Municipalité de résidence de l'enfant :

Val-des-Bois   
 Bowman   
Autre \_\_\_\_\_   
Reçu le : \_\_\_\_\_

###    FICHE D'INSCRIPTION

#### **Enfant**

Prénom et nom de l'enfant: \_\_\_\_\_

Adresse de l'enfant: \_\_\_\_\_

Date de naissance de l'enfant: \_\_\_\_\_ âge: \_\_\_\_\_

(AA/MM/JJ)

Niveau scolaire complété: \_\_\_\_\_

Numéro d'assurance-maladie: \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone du domicile : ( ) \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

#### **Parents (tuteurs)**

Nom de la mère: \_\_\_\_\_

Nom du père: \_\_\_\_\_

Téléphone le jour: ( ) \_\_\_\_\_

Téléphone le jour: ( ) \_\_\_\_\_

Téléphone le soir: ( ) \_\_\_\_\_

Téléphone le soir: ( ) \_\_\_\_\_

###    FICHE DE SANTÉ DE L'ENFANT

Votre enfant a-t-il ? (cochez)	Oui	Non
Asthme		
Diabète		
��pilepsie		
Pertes de conscience		
Trouble d'attention avec ou sans hyperactivité		
Maladie chronique (Nommez):		
Maladie grave (Nommez):		
Allergie (Nommez)		
Mal des transports		
Autre problème :		
Prend-il des médicaments (Nommez)		

## ❖ BESOINS PARTICULIERS ET DIAGNOSTIC

Notre camp souhaite intégrer les enfants ayant des besoins particuliers. Les informations sur la santé de votre enfant sont précieuses et nous permettront de lui faire vivre une expérience de camp réussie. Merci de compléter la fiche d'évaluation des besoins ci-dessous.

Votre enfant a-t-il reçu un diagnostic? (Trouble de comportement, TDA/H, anxiété, trouble du spectre de l'autisme, déficience motrice, intellectuelle, visuelle, etc.) Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>		Si non, est-il en attente d'un diagnostic? Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	
Si oui, lequel(s) :			
Doit-il être accompagné dans ses activités au camp ? Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ratio suggéré : _____ (1/1, 1/2, etc.)			
<b>Afin d'assister l'évaluation des besoins de mon enfant, j'autorise la municipalité de Val-des-Bois à contacter les intervenants suivants :</b>			
Organisme (CRDI, CSSS, École, etc.)	Nom de l'intervenant	Fonction	Coordonnées

## ❖ AUTORISATION

### Départ

- Autre qu'un des tuteurs, les personnes suivantes sont autorisées à venir chercher mon enfant :

Nom : \_\_\_\_\_ Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
(Tuteur légal)

### Photo et image

- J'accepte que la municipalité de Val-des-Bois se réserve le droit d'utiliser, pour des fins publicitaires, les photos et images vidéo qui seront prises de mon enfant lors du camp. Je comprends également que ni moi ni mon enfant, ne pouvons, en aucune façon, être rémunérés pour cette publicité.

Signature: \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
(Tuteur légal)

## ❖ CHANDAIL

Veillez cocher la grandeur de chandail requise pour votre enfant:

- |                             |                                  |                                    |
|-----------------------------|----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="radio"/> Petit | <input type="radio"/> Grand      | <input type="radio"/> Petit adulte |
| <input type="radio"/> Moyen | <input type="radio"/> Très Grand | <input type="radio"/> Moyen adulte |
|                             |                                  | <input type="radio"/> Grand adulte |

## ❖ TARIFS

### Pour le camp de jour

1. L'inscription au camp de jour pour la saison
  - 600 \$ (8 semaines)

### Pour le service de garde

Pour la catégorie suivante, veuillez choisir l'une des quatre (4) options suivantes, soit:

1. L'inscription au service de garde pour la saison
  - Bloc 1 - 75 \$ : avant-midi seulement (7 h à 8 h 30)
  - Bloc 2 - 75 \$ : après-midi seulement (16 h à 17 h)
  - Bloc 3 - 150 \$: avant-midi et après-midi
  - Mon n'enfant n'utilisera pas le service de garde.

## ❖ PAIEMENTS

600\$ pour la saison + service de garde (si applicable) / 3 = \_\_\_\_\_

- Comptant       Chèque       Interac

\*Deux autres paiements du même montant devront être effectués les 20 mai et 20 juin. Le dépôt est non remboursable. La totalité des frais doit être acquittés avant le début du camp de jour, soit le 25 juin 2024, sans quoi l'enfant ne sera pas admis.

Signature: \_\_\_\_\_  
(Tuteur légal)

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



❖ REÇUS – FRAIS DE GARDE

Le formulaire pour le Relevé 24 au sujet des frais de garde, sera émis à la fin du mois d'août et sera envoyé par la poste à un seul parent par enfant. Ledit formulaire sera complété seulement si la feuille d'inscription de l'enfant est bien remplie et que le numéro assurance sociale du parent est exact.

*Il est à noter que le reçu inclut uniquement les frais rattachés au camp et au service de garde.*

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Nom du parent : \_\_\_\_\_

Numéro d'assurance sociale : \_\_\_\_\_