



Chandail reçu

FICHE D'INSCRIPTION

CAMP DE JOUR D'OKA

1, rue Notre-Dame, Oka, QC, J0N 1E0

IDENTIFICATION – UNE FICHE PAR ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Âge : _____ ans Fille : _____ Garçon : _____

Numéro d'assurance maladie : _____ Expiration : ____ / ____ / ____

L'enfant vient de compléter la (année scolaire) : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Téléphone : _____

Nom et prénom du parent 1 : _____

Téléphone jour : _____ Cellulaire : _____

Nom et prénom du parent 2 : _____

Téléphone jour : _____ Cellulaire : _____

Courriel : _____

Veillez indiquer une personne à contacter en cas d'urgence *autre* que les parents :

Nom et prénom du contact 1 : _____

Lien avec l'enfant : _____

Téléphone d'urgence : _____

Nom et prénom du contact 2 : _____

Lien avec l'enfant : _____

Téléphone d'urgence : _____

AUTORISATION DE DÉPART

Mon enfant pourra quitter le parc avec : (veuillez cocher et inscrire le nom et prénom ou l'heure)

- Avec le parent 1 Avec le parent 2
- Avec son frère/sœur : _____
- Avec son beau-père/belle-mère : _____
- Avec les grands-parents : _____
- Seul ou autre à partir de : _____

Notez que le camp de jour prend en charge votre enfant dès que sa présence **est prise** dans le groupe. En aucun cas l'enfant ne pourra quitter le camp avec une personne ne figurant pas sur cette liste, à moins d'une permission contraire de votre part.

Initiales : _____

FICHE SANTÉ

Votre enfant souffre-t-il d'allergies? Oui Non

Si oui, clarifiez : _____

Possède-t-il un auto-injecteur EpiPen (Dose d'adrénaline)? Oui Non

À SIGNER SI VOTRE ENFANT A UNE DOSE D'ADRÉNALINE

Par la présente, j'autorise les personnes désignées par le camp de jour de la Municipalité d'Oka à administrer, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline à mon enfant.

Signature du parent

Votre enfant souffre-t-il de problèmes respiratoires? (Asthme) : Oui Non

Votre enfant a-t-il un suivi particulier à l'école? Oui Non

Votre enfant prend-il des médicaments? * Oui Non

Autres commentaires pertinents : _____

*Merci de nous communiquer les informations pouvant contribuer au bon déroulement de la présence de votre enfant au camp de jour d'Oka.

AUTORISATION DES PARENTS

- Si des modifications concernant l'état de santé de mon enfant survenaient avant le début ou pendant la période du camp de jour, je m'engage à transmettre cette information à la direction du camp de jour, qui fera le suivi approprié avec l'animateur de mon enfant.
- En signant la présente, j'autorise le camp de jour de la Municipalité d'Oka à prodiguer les premiers soins à mon enfant. En cas d'urgence, l'enfant sera transporté par ambulance à vos frais.
- Je m'engage à collaborer avec la direction du camp de jour d'Oka et à venir la rencontrer si le comportement de mon enfant nuit au bon déroulement des activités.
- J'autorise le camp de jour d'Oka à prendre des photos et des vidéos de mon enfant pendant son séjour et à les utiliser pour les communications de la Municipalité.

Signature du parent ou tuteur

_____/_____/_____
Date

Initiales : _____

RABAIS FAMILIAL

Un rabais de 15 % est offert à l'inscription des enfants d'une même famille et demeurant à la même adresse. Applicable uniquement au forfait tout inclus, suite à l'inscription du deuxième enfant, jusqu'à concurrence de **1050 \$**.

INSCRIPTION

OPTION 1

Forfait tout inclus

Comprend les frais d'inscription, le service de garde, l'animation tous les jours et les sorties **si elles ont été cochées**.

Forfait tout inclus 440 \$

Cochez les sorties désirées (page suivante)

OPTION 2 ** Nouveauté**

Forfait à la semaine

Cochez la ou les semaines désirées

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1- 25 au 28 juin (fermé le lundi 24 juin) | <input type="checkbox"/> 5- 22 au 26 juillet (semaine des vacances de la construction) |
| <input type="checkbox"/> 2- 2 au 5 juillet (fermé le lundi 1 ^{er} juillet) | <input type="checkbox"/> 6- 29 au 2 août (semaine des vacances de la construction) |
| <input type="checkbox"/> 3- 8 au 12 juillet | <input type="checkbox"/> 7- 5 au 9 août |
| <input type="checkbox"/> 4- 15 au 19 juillet | <input type="checkbox"/> 8- 12 au 16 août |

Nombre de semaines x 55 \$ = _____ \$

Frais d'inscription 25 \$

Frais d'inscription au service de garde 45 \$

Cochez les sorties désirées (page suivante) Sous total OPTION 2: _____ \$

OPTION 3

Carte à l'unité

Carte à l'unité (10 jours) x 130 \$ = _____ \$

Frais d'inscription 25 \$

Frais d'inscription au service de garde 45 \$

Cochez les sorties désirées (page suivante) Sous total OPTION 3: _____ \$

FRAIS DE RETARD

Du 11 mai au 16 août (par famille)..... 30 \$

Sous-total Inscription : _____ \$ - Rabais familial de _____ \$ = _____ \$

SORTIES À COCHER

COCHEZ

- 3 juillet : **La Ronde** 35 \$
- 10 juillet : **Centre des sciences** 30 \$
- 17 juillet : **Super Aqua Club (remis au 19 juillet en cas de pluie)** 30 \$
- 24 juillet : **Arbre en Arbre** 30 \$
- 2 août : **Soirée Festivo-camp** 5 \$
- 7 août : **Plage du parc national d'Oka (remis au 9 août en cas de pluie)** . 15 \$

Attention : Il est très important de cocher les sorties auxquelles votre enfant participera pour faciliter les réservations.

| | |
|-------------------------------------|----|
| Total OPTIONS 2 ou 3 : _____ | \$ |
| Total des sorties : _____ | \$ |
| GRAND TOTAL : _____ | \$ |

RELEVÉ 24

Afin d'obtenir le Relevé 24, il est **obligatoire** de fournir **toutes** les informations relatives à cette section, y compris le numéro d'assurance sociale (NAS). Si cette section n'est pas remplie ou incomplète, nous ne serons pas en mesure de vous fournir le Relevé 24. Soyez assurés que cette section de la fiche d'inscription restera confidentielle et que seules les personnes autorisées y auront accès.

INFORMATIONS RELATIVES À LA PRODUCTION DU RELEVÉ 24

Nom, prénom de l'enfant : _____

Nom, prénom du parent : _____

Adresse : _____ Ville : _____

Code postal : _____ Téléphone : _____

Numéro d'assurance sociale : _____

****En cas de séparation, quel est le pourcentage de répartition du relevé 24 s'il y a lieu.**

_____ % pour parent indiqué précédemment

_____ % pour parent suivant :

Nom et prénom : _____

Adresse : _____ Ville : _____

Code postal : _____ Téléphone : _____

Numéro d'assurance sociale : _____

Signature : _____ **Date :** _____