



# FICHE D'INSCRIPTION

## Accompagnement

### CAMP DE JOUR D'OKA 2020

Adresse du camp : 1700, chemin d'Oka, Oka, QC J0N 1E0

#### IDENTIFICATION – UNE FICHE PAR ENFANT

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_ ans

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 : \_\_\_\_\_

Initiales : \_\_\_\_\_

## AUTORISATION DE DÉPART

Mon enfant pourra quitter le site avec : (veuillez cocher et inscrire le nom et prénom)

- Avec le parent 1  Avec le parent 2  
 Avec son frère/sœur : \_\_\_\_\_  
 Avec son beau-père/belle-mère : \_\_\_\_\_  
 Avec les grands-parents : \_\_\_\_\_

**\*\*Mot de passe\*\*** Veuillez choisir un mot de passe personnel à votre enfant. Ce mot de passe vous sera demandé à chaque fois que vous venez chercher votre enfant. Toutes les personnes figurant sur la liste d'autorisation de départ devront fournir ce même mot de passe pour pouvoir partir avec votre enfant. Si vous avez plus d'un enfant inscrit, le mot de passe reste le même pour toute une famille.

Mot de passe : \_\_\_\_\_

Il est à noter que le camp de jour prend en charge votre enfant dès que sa présence est prise à l'arrivée. 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.

## 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.

Initiales : \_\_\_\_\_

## DÉTAILS CONCERNANT L'ACCOMPAGNEMENT PARTICULIER

Quelle est la situation médicale de votre enfant : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Quels sont les symptômes (Exemple : Isolement, sieste, difficulté à suivre un groupe, problèmes comportementaux) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Votre enfant a-t-il un suivi particulier à l'école?    OUI    NON

Si oui, clarifiez : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Est-ce que vous possédez un rapport d'évaluation de l'école de votre enfant : OUI    NON

Votre enfant prend-il des médicaments\*?    OUI    NON

Si oui, noms des médicaments :

\_\_\_\_\_ Posologie : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Posologie : \_\_\_\_\_

Les prend-il lui-même? OUI    NON    Précisez : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\*Si votre enfant doit prendre des médicaments, vous devez remplir un formulaire d'autorisation de prise de médicament afin que les responsables puissent distribuer le médicament prescrit à votre enfant.

Initiales : \_\_\_\_\_

Autres commentaires pertinents : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Vos attentes envers l'accompagnateur**

Je souhaite que l'accompagnateur :

- Lui explique les consignes
- L'aide à s'intégrer dans les activités
- Adapte les activités si nécessaire
- Autres :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Les activités que mon enfant aime faire :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ce qu'il aime moins faire :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ses forces :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

## Présence au camp

Mon enfant sera présent :

Tous les jours                       Toutes les semaines

S'il y aura des absences, veuillez les indiquer :

---

---

---

---

\*\* Nous vous prions de nous informer de toute absence prévue ou non afin que nous puissions coordonner l'horaire de l'accompagnateur en conséquence.

## 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

## RABAIS FAMILIAL

- 15 % de rabais sont applicables à l'inscription d'un deuxième enfant de la même famille sur le forfait tout inclus seulement.
- Le tarif ne peut s'élever à plus de 850 \$ par famille.

## INSCRIPTION

### FORFAIT TOUT INCLUS

Comprend les frais d'inscription, le service de garde, l'animation tous les jours et les activités sur le site du camp.

- Forfait tout inclus 1<sup>er</sup> enfant (8 semaines) ..... 350 \$
- Forfait tout inclus 2<sup>e</sup> enfant - rabais familial (8 semaines) ..... 297,50 \$
- Forfait tout inclus 3<sup>e</sup> enfant – rabais familial (8 semaines) ..... 202,50 \$

### FORFAIT À LA SEMAINE

Comprend uniquement l'animation sur le site du camp.

- Semaine 1 : 25 au 26 juin 2020 ..... 20 \$
- Semaine 2 : 29 juin au 3 juillet 2020 ..... 40 \$
- Semaine 3 : 6 au 10 juillet 2020 ..... 50 \$
- Semaine 4 : 13 au 17 juillet 2020 ..... 50 \$
- Semaine 5 : 20 au 24 juillet 2020 ..... 50 \$
- Semaine 6 : 27 au 31 juillet 2020 ..... 50 \$
- Semaine 7 : 3 au 7 août 2020 ..... 50 \$
- Semaine 8 : 10 au 14 août 2020 ..... 50 \$

### AUTRE

- Frais d'inscription (**Obligatoire une seule fois par été – Forfait à la semaine**) ..... 25 \$
- Accès au service de garde (**Facultatif – Une seule fois par été**) ..... 45 \$

### ACTIVITÉS SPÉCIALES

Facultatives, mais obligatoires si l'enfant est présent au camp.

- 2 juillet – Baratanga ..... 10 \$
- 8 juillet – Club Récré-Action ..... 14 \$
- 14 juillet – Les Monstres de la Nouvelle-France ..... 23 \$
- 20 juillet – Le Royaume de Nulle Part ..... 14 \$
- 5 août – École-O-Champ ..... 9 \$

**TOTAL :** \_\_\_\_\_ \$

## RELEVÉ 24

Afin d'obtenir le relevé 24, vous devez fournir toutes les informations relatives à cette section, dont le numéro d'assurance sociale (NAS). Si cette section est 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, indiquez le pourcentage de répartition du relevé 24.

\_\_\_\_\_ % pour parent indiqué précédemment

\_\_\_\_\_ % pour parent suivant :

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

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

**Mesures de protection COVID-19 – Acceptation du risque**

Bien que la Municipalité d’Oka ait mis en place des mesures de protection\* suivant les recommandations de la Direction de Santé publique, je comprends et accepte que le camp de jour d’Oka ne pourra pas garantir un milieu sans COVID-19, qui soit exempt de contamination ou de contagion.

\*Une liste des mesures de protection détaillées vous sera remise avant le début du camp de jour.

**Signature :** \_\_\_\_\_ **Date :** \_\_\_\_\_