

# Fiche d'inscription Camp de jour Lambton



**Veillez prendre note que la réception de ce formulaire ne confirme pas la place de votre enfant au camp de jour de Lambton. Une approbation par courriel ou par téléphone vous sera transmise.**

**N.B. En remplissant et signant ce formulaire avec vos informations personnelles, vous acceptez de divulguer vos données personnelles.**

## 1. L'ENFANT

Prénom		Sexe	
Nom de famille		Date de naissance	/ / (MM / JJ / AAAA)
Adresse			
Ville		Code postal	
Courriel (si désiré)		Degré de scolarité complété	
No .Assurance-Maladie		Date d'expiration	
Taille de t-shirt	Junior S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> Adulte S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/>	Première expérience de camp? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Langue(s) parlée(s) à la maison		Autres langue(s) parlée(s)	
Ami(es) ou fratrie au camp lors du séjour? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Nom(s) :		
	Âge(s) :		
	Lien :		
Allergies ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Lesquelles :			
Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Epipen, Ana-Kit) en raison de ses allergies? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
<b>À SIGNER SI VOTRE ENFANT A UNE DOSE D'ADRÉNALINE</b>			
Par la présente, j'autorise les personnes désignées par le service d'animation estival de _____ à administrer, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline _____ à mon enfant.			
_____ Signature du parent			

## 2. PARENT(S) / TUTEUR(S) *(SI AUCUN CHANGEMENT, À REMPLIR POUR LE 1<sup>ER</sup> ENFANT SEULEMENT)*

Prénom		Prénom	
Nom de famille		Nom de famille	
Lien avec l'enfant		Lien avec l'enfant	
Adresse		Adresse	
Téléphone	Maison	Téléphone	Maison
	Bur.		Bur.
	Cell.		Cell.
Courriel		Courriel	

### 3. CONTACTS D'URGENCE (AUTRE QUE PARENTS)

(SI AUCUN CHANGEMENT, À REMPLIR POUR LE 1<sup>ER</sup> ENFANT SEULEMENT)

Contact # 1		Contact # 2	
Nom		Nom	
Prénom		Prénom	
Lien avec l'enfant		Lien avec l'enfant	
Téléphone	Maison	Téléphone	Maison
	Bur.		Bur.
	Cell.		Cell.

### 4. 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 camp réussie.

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="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Si non, est-il en attente d'un diagnostic? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Si oui, lequel(s) :			
Doit-il être accompagné dans ses activités au camp ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ratio suggéré : _____ (1/1, 1/2, etc.)			
<b>Afin d'assister l'évaluation des besoins de mon enfant, j'autorise le Camp de jour de Lambton à contacter les intervenants suivants :</b>			
Organisme (CRDI, CSSS, École, etc.)	Nom de l'intervenant	Fonction	Coordonnées

### 5. Votre enfant fréquentera-t-il le service de garde ?

Le matin :  Oui  Non      Le soir :  Oui  Non

Votre enfant est-il autorisé à quitter le camp de jour seul ?

Oui  Non

### 6. CONDITIONS GÉNÉRALES

**Horaire** : 26 juin au 23 août 2024 de 8 h 30 à 16 h

**Coût** : 210 \$ pour le premier enfant 200 \$ pour tout enfant additionnel

**Coût non-résidents** : 300 \$ pour le premier enfant, 290 \$ pour le 2<sup>e</sup> enfant, 280 \$ pour le 3<sup>e</sup> enfant, 270 \$ pour le 4<sup>e</sup> enfant, etc.

#### Service de garde estivale

**Horaire** : 7 h à 8 h 30 et 16 h à 17 h 30

**Coût** : 95 \$ pour le premier enfant 85 \$ pour tout enfant additionnel

**N.B. Même tarif pour les non-résidents**

**Prenez note que le camp de jour ainsi que le service de garde estivale seront fermés du lundi 29 juillet au vendredi 2 août 2024 inclusivement pour les vacances estivales.**

## 7. FRAIS D'INSCRIPTION (SI AUCUN CHANGEMENT, À REMPLIR POUR LE 1<sup>ER</sup> ENFANT SEULEMENT)

**Nous acceptons les chèques, l'argent comptant et les cartes Visa, MasterCard et American Express. En cas de non-paiement des frais de camp de jour de l'année précédente, votre enfant pourrait être refusé au camp de jour cette année.**

### PAIEMENT

Visa     MasterCard     Autre : \_\_\_\_\_  
Numéro de carte : \_\_\_\_\_ Numéro d'expiration (mois/année) : \_\_\_\_/\_\_\_\_  
Signature du titulaire de la carte (obligatoire) : \_\_\_\_\_

J'ai pris connaissance des modalités de paiement, de remboursement et des généralités mentionnées dans ce document.

### PAIEMENT PAR CARTE DE CRÉDIT :

Nom du parent ou tuteur (lettres moulées) : \_\_\_\_\_  
Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Personne à qui sera émis un Relevé 24 pour impôts		
Prénom et Nom:		No. Assurance sociale _____ - _____ - _____

## 8. AUTORISATIONS

<input type="checkbox"/>	J'autorise le Camp de jour de Lambton à prendre des photos et des vidéos de mon enfant pendant son séjour et à les diffuser sur nos sur nos medias.
<input type="checkbox"/>	<b>Médicaments en vente libre (si applicable)</b> J'autorise le personnel du Camp de jour de Lambton à administrer à mon enfant, si nécessaire, un ou plusieurs médicaments sans ordonnance en vente libre. Cocher les médicaments : <input type="checkbox"/> Acétaminophène ( <i>Tylenol, Tempra</i> ) <input type="checkbox"/> Anti-inflammatoire Ibuprofène ( <i>Advil</i> ) <input type="checkbox"/> Antiémétique ( <i>Gravol</i> ) <input type="checkbox"/> Antibiotique en crème ( <i>Polysporin</i> ) <input type="checkbox"/> Antihistaminique ( <i>Benadryl, Reactine</i> ) <input type="checkbox"/> Sirop contre la toux <input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____
<input type="checkbox"/>	J'autorise la direction du Camp de jour de Lambton à faire en sorte que soient prodigués à mon enfant tous les soins nécessaires. Je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement (à mes frais) et à le faire admettre dans un établissement de santé. De plus, en cas d'urgence ou s'il est impossible de nous joindre, j'autorise le médecin choisi par les autorités du camp à prodiguer à mon enfant tous les soins médicaux requis par son état, y compris la pratique d'une intervention chirurgicale, transfusion, injections, anesthésie, hospitalisation, etc.
<input type="checkbox"/>	Si des modifications concernant l'état de santé de mon enfant survenaient avant le début ou pendant la période du camp, je m'engage à transmettre cette information à la direction du camp, qui fera le suivi approprié avec le camp.
Signature du parent ou tuteur: _____	
Date : _____	

**Veillez retourner le formulaire**

**par courriel : [loisirs@lambton.ca](mailto:loisirs@lambton.ca) ou par la poste : 213, rue de l'aréna, Lambton, Qc G0M 1H0**

**Pour information : 418 486-7558 | [loisirs@lambton.ca](mailto:loisirs@lambton.ca)**