

3. EN CAS D'URGENCE

Clinique ou hôpital :		Nom du médecin traitant :	
		Téléphone du médecin :	
Personne à joindre en cas d'URGENCE :			
<input type="checkbox"/> Deux répondants <input type="checkbox"/> Premier répondant <input type="checkbox"/> Deuxième répondant			
Deux autres personnes à contacter en cas d'urgence:			
Prénom et nom :		Prénom et nom :	
Lien avec l'enfant :		Lien avec l'enfant :	
Téléphone (rés.) :		Téléphone (rés.) :	
Téléphone (autre) :		Téléphone (autre) :	
En signant la présente, j'autorise le Centre communautaire Saint-Pierre à prodiguer les premiers soins à mon enfant . Si la direction du Centre communautaire Saint-Pierre le juge nécessaire, je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire avec une personne désignée du Centre communautaire Saint-Pierre .			
_____		_____	
Signature du parent		Date	

4. ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX DE L'ENFANT

a) Votre enfant a-t-il déjà subi une intervention chirurgicale ?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si oui, Date : _____ Raison : _____			
b) Votre enfant a-t-il déjà subi une blessure grave ?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si oui, Date : _____ Décrire : _____			
c) Votre enfant a-t-il, ou déjà eu, une maladie chronique ou récurrente ?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si oui, Date : _____ Décrire : _____			
d) A-t-il déjà eu les maladies suivantes?		e) Souffre-t-il des maux suivants?	
Varicelle	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Asthme	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Oreillons	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Diabète	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Scarlatine	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Épilepsie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Rougeole	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Migraines	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autres, préciser :	_____	Autres, préciser :	_____

5. VACCINS ET ALLERGIES

a) A-t-il reçu les vaccins suivants?		b) A-t-il des allergies ?	
Tétanos	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Fièvre des foins	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Rougeole	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Herbe à puce	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Rubéole	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Piqûres d'insectes	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Oreillons	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Animaux ¹	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Polio	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Médicaments ²	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
DcaT	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Allergies alimentaires ³	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autres, préciser : _____		¹ Préciser : _____ ² Préciser : _____ ³ Préciser : _____ Autres : _____	
c) Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (EpiPen, Ana-Kit) en raison de ses allergies?			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui : par la présente, j'autorise les personnes désignées par le Centre communautaire Saint-Pierre, à administrer, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline à mon enfant.			
_____ Signature du parent			_____ Date

6. MÉDICAMENTS

a) Votre enfant prend-il des médicaments?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, noms des médicaments : _____		Posologie : _____
b) Les prend-il lui-même?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

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

7. AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES Les questions qui suivent nous aideront à mieux intervenir auprès de votre enfant.

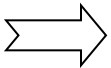
a) Votre enfant a-t-il besoin de surveillance particulière dans l'eau? Préciser : _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
b) Votre enfant nécessite-t-il un plus grand encadrement? Si oui, décrire : _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
c) Votre enfant mange-t-il normalement? Si non, décrire : _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
d) Votre enfant porte-t-il des prothèses? Si oui, décrire : _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
e) Y a-t-il des activités auxquelles votre enfant ne peut participer ou seulement moyennant certaines conditions? Si oui, expliquez : _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
f) Autre information pertinente : _____	

8. MÉDICAMENTS EN VENTE LIBRE

J'autorise le personnel du Camp de jour Centre communautaire Saint-Pierre à administrer à mon enfant, si nécessaire, un ou plusieurs médicaments sans ordonnance en vente libre, (apportés au camp par le parent).

Cocher les médicaments :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Acétaminophène (Tylenol, Tempra) | <input type="checkbox"/> Sirop contre la toux |
| <input type="checkbox"/> Antiémétique (Gravol) | <input type="checkbox"/> Antibiotique en crème (Polysporin) |
| <input type="checkbox"/> Antihistaminique (Benadryl, Reactine) | <input type="checkbox"/> Autre, précisez :
_____ |
| <input type="checkbox"/> Anti-inflammatoire (Advil) | |



Signature du parent

Date

Veillez prendre note que toutes les informations concernant l'état de santé de votre enfant demeureront confidentielles. Elles seront transmises uniquement au personnel autorisé afin de permettre un meilleur encadrement ainsi qu'une intervention plus efficace en cas d'urgence.

9. DÉPARTS

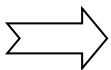
Lorsque le camp se termine à 16 h, mon enfant... :

- ... demeure au service de garde du CCSP **et** quittera avec une personne autorisée.
- ... demeure au service de garde du CCSP **et** quittera seul à ___ h ___. (Ex. : 16 h 45)
- ... quitte seul.
- ... quitte avec une personne autorisée.

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant:

Prénom et nom :		Prénom et nom :	
Lien avec l'enfant :		Lien avec l'enfant :	
Téléphone résidence :		Téléphone résidence :	
Téléphone autre :		Téléphone autre :	
Prénom et nom :		Prénom et nom :	
Lien avec l'enfant :		Lien avec l'enfant :	
Téléphone résidence :		Téléphone résidence :	
Téléphone autre :		Téléphone autre :	
Prénom et nom :		Prénom et nom :	
Lien avec l'enfant :		Lien avec l'enfant :	
Téléphone résidence :		Téléphone résidence :	
Téléphone autre :		Téléphone autre :	

Seulement les personnes énoncées ci-haut sont autorisées à venir chercher mon enfant.

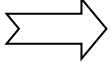


Signature du parent

Date

10. AUTORISATION DES PARENTS

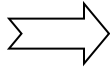
- Étant donné que le Camp de jour Centre communautaire Saint-Pierre prendra **des photos et/ou des vidéos** au cours des activités de mon enfant durant l'été, je l'autorise à se servir de ce matériel en tout ou en partie à des fins promotionnelles. Tout le matériel utilisé demeurera la propriété du Centre communautaire Saint-Pierre.



Signature du parent

Date

- 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.
- Je m'engage à **collaborer avec la direction** du Centre communautaire Saint-Pierre et à venir la rencontrer si le comportement de mon enfant nuit au bon déroulement des activités.



Signature du parent

Date

11. FACTURATION

SECTION RÉSERVÉE AU PERSONNEL

CAMP DE JOUR 2018 : 26 JUIN AU 17 AOÛT 2018

a) Classement selon l'année scolaire se terminant en juin 2018

Maternelle - 1^{ère} et 2^e année - 3^e et 4^e année - 5^e et 6^e année

Animation : 9h-16h
 Période de garde matinée : 7h-9h
 Période de garde après-midi : 16h-17h30

b) Coût du forfait

Animation seulement	1 ^{er} enfant 375 \$	2 ^e enfant 280 \$	3 ^e enfant 260 \$	_____ \$
Animation et service de garde	1 ^{er} enfant 555 \$	2 ^e enfant 415 \$	3 ^e enfant 390 \$	_____ \$
Service de garde à la carte	<input type="checkbox"/> 10 périodes 80 \$	<input type="checkbox"/> 20 périodes 110 \$		_____ \$
Frais de non résidence	50 \$			_____ \$
Inscription pour une 1^{ère} semaine	125 \$	Date :		_____ \$
Inscription pour une 2^e semaine	125 \$	Date :		_____ \$
Musée J-A Bombardier (5 juillet)	30 \$			_____ \$
Musée Biodiversité (12 juillet)	30 \$			_____ \$
La Ronde (19 juillet)	40 \$			_____ \$
Parc aquatique Bromont (26 juillet)	40 \$			_____ \$
Semaine après-camp (20 au 24 août)	125 \$			_____ \$

Paiement

- Comptant
- Débit
- Chèque
- Chèque postdaté :
- Visa / MasterCard
- Discover

Total _____ \$

Reçu _____

Facture _____

Date : _____