

MUNICIPALITÉ LAC-DES-AIGLES
Fiche d'inscription pour camp de jour 2022



IDENTIFICATION DU OU DES ENFANTS

Nom de l'enfant	Date de naissance	Sexe
1.		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
2.		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
3.		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>



**IDENTIFICATION DE LA MÈRE/ OU
TUTRICE**

IDENTIFICATION DU PÈRE/ OU TUTEUR

	IDENTIFICATION DE LA MÈRE/ OU TUTRICE	IDENTIFICATION DU PÈRE/ OU TUTEUR
Nom		
Adresse complète		
Téléphone maison		
Téléphone travail		
Cellulaire		
Adresse courriel		



PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE (Autre que les parents)

Nom	No téléphone	Lien avec l'enfant

INSCRIPTION CAMP DE JOUR ET SERVICE DE GARDE

SERVICE DE GARDE MATIN (8H À 9H)	CAMP DE JOUR (9H À 16H)	SERVICE DE GARDE SOIR (16H À 17H)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



DÎNER (Valide pour tous les enfants d'une même famille)

- Mon enfant dînera sur place à chaque jour
- Mon enfant dînera sur place à l'occasion
- Mon enfant ne dînera pas sur place



**PERSONNES AUTORISÉES À QUITTER AVEC L'ENFANT
(Valide pour tous les enfants d'une même famille)**

- Mon enfant ne peut **jamais** partir seul
- Mon enfant peut partir seul à 12h
- Mon enfant peut partir seul à 16h
- Mon enfant peut partir seul à 17h

Nom	Lien	No téléphone



RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

PRÉNOM DES ENFANTS :			
Mon enfant a-t-il des problèmes de santé, si oui lequel?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> _____ _____ _____	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> _____ _____ _____	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> _____ _____ _____
Prend-t-il de la médication?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> _____ _____ _____	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> _____ _____ _____	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> _____ _____ _____
Mon enfant a-t-il un diagnostique de TDAH,TOC ou autres? Si oui,le nommer.	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> _____ _____ _____	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> _____ _____ _____	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> _____ _____ _____
Mon enfant a-t-il des allergies qui nécessite des soins particuliers?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> _____ _____ _____	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> _____ _____ _____	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> _____ _____ _____
Souffre-t-il du mal des transport?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> _____ _____ _____	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> _____ _____ _____	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> _____ _____ _____
A-t-il des peurs ou des phobies? Quels sont-elles?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> _____ _____ _____ _____	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> _____ _____ _____ _____	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> _____ _____ _____ _____

PISCINE



PRÉNOM DE OU DES ENFANTS			
Mon enfant a-t-il peur de l'eau ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Quel est le degré d'aisance de mon enfant dans l'eau profonde ?	Veste de flottaison <input type="checkbox"/> Flotteurs <input type="checkbox"/> Pas de restrictions <input type="checkbox"/>	Veste de flottaison <input type="checkbox"/> Flotteurs <input type="checkbox"/> Pas de restrictions <input type="checkbox"/>	Veste de flottaison <input type="checkbox"/> Flotteurs <input type="checkbox"/> Pas de restrictions <input type="checkbox"/>
Mon enfant a-t-il besoin en tout temps de bouchon dû à des tubes dans les oreilles ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>



AUTORISATIONS (Valide pour tous les enfants d'une même famille)



Soins infirmiers	J'autorise le personnel de la municipalité et tout médecin à prodiguer tous les soins infirmiers nécessaires en cas de besoin, ainsi que le transport en ambulance (aux frais des parents) ou autrement. Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Activités extérieures	J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités organisées par l'animatrice à l'intérieur et à l'extérieur dans le village (plage, école, jardin communautaire...) Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Crème solaire Huile à mouche	J'autorise les animatrices appliquer de la crème solaire ou à mettre de l'huile à mouche à mon enfant selon le besoin. Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Photos	J'autorise, à moins d'avis contraire, la municipalité de Lac-des-Aigles à utiliser des photos/vidéos de mon enfant prises durant le camp de jour 2021, pour des fins publicitaires (papier, page web et Facebook) et albums souvenirs. Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Signature (du parent ou tuteur)

Date