

### RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR L'ENFANT

Prénom et nom :		Date de nais.(J/M/A) :
Adresse :		Tél. maison :
Ville :	C. P. :	Tél. cell :
No. Ass. Maladie :		Expiration (M/J) :
<b>Courriel (obligatoire) :</b>		Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> ÂGE :

### PARENTS OU TUTEURS

Nom du père :		Nom de la mère :	
Adresse :		Adresse :	
Ville :	C.P. :	Ville :	C.P. :
Tél. Rés. :		Tél. Rés. :	
Tél. Bur. :		Tél. Bur. :	
Tél. Cell :		Tél. Cell :	
Courriel :		Courriel :	
Garde de l'enfant : Père et mère <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Partagée <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/>			
<b>RELEVÉ 24</b> (parent ou tuteur auquel le relevé aux fins d'impôt doit être émis)			
Nom : _____		Prénom : _____ # d'ass. sociale (parent)	

**OBLIGATOIRE**

### SERVICE DE GARDE

**Coût : 5\$/période**

**Maximum 8\$/jour par enfant**

<b>Votre enfant fréquentera-t-il le service de garde?</b>			
Le matin (7 h à 9 h): oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		Le soir (15 h 30 à 17 h 30) : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
<b>Mon enfant fréquentera le service de garde occasionnellement : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></b>			
<b>Si oui, qui est autorisé à aller chercher votre enfant (autre que les parents)? ★</b>			
Nom de la personne :		Lien avec l'enfant :	
Nom de la personne :		Lien avec l'enfant :	

- ★ Tous les parents des enfants fréquentant le service de garde devront avertir la coordonnatrice si l'enfant doit quitter exceptionnellement le service de garde.
- ★ Tous les parents des enfants fréquentant le service de garde occasionnellement devront aviser la coordonnatrice de leur présence au service de garde soit par téléphone ou par un mémo, afin de s'assurer de la présence de l'enfant à la fin de la journée.
- ★ Si une personne non autorisée vient chercher votre enfant, le personnel du service de garde n'est pas autorisé à le laisser partir. Pour autoriser qui que ce soit dont le nom n'est pas mentionné sur le présent formulaire à aller chercher votre enfant, vous devez transmettre au préalable un avis écrit précisant votre autorisation et le nom de cette personne.

### PERSONNE AUTRE QUE LES PARENTS À JOINDRE EN CAS D'URGENCE

Nom de la personne :		Lien avec l'enfant:	
Tél. Rés. :	Tél. Bur. :	Tél. Cell :	

### FICHE SANTÉ

État de santé générale de mon enfant : _____
Handicaps : _____
Allergies alimentaires : _____
Allergies aux médicaments : _____
Autres : _____
Mon enfant prend des médicaments de façon quotidienne durant le camp de jour : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Quel médicament? _____
À quelle heure le médicament doit-il être administré : _____

## CONSETEMENTS ET AUTORISATIONS DES PARENTS

**COCHEZ**

QUESTIONS	OUI	NON
J'autorise le camp de jour à distribuer ou à administrer des médicaments prescrits, selon une posologie précise transmise par les parents qui en feront la demande, le tout sous réserve des mesures et précautions à prendre. Le responsable du camp de jour me fera part de toute décision quant aux soins prodigués à mon enfant afin d'obtenir mon accord. S'il est impossible de me joindre, je l'autorise à intervenir en mon nom et à transporter mon enfant dans un centre hospitalier. De plus en cas d'urgence grave, j'autorise le médecin traitant à effectuer tout traitement, incluant une anesthésie, une opération, une hospitalisation ou autre dans le but de soigner ou de sauver la vie de mon enfant.		
J'autorise mon enfant à se baigner lors des sorties ou cette activité est offerte.		
Mon enfant doit toujours porter une veste de flottaison ou des flotteurs (fournis par les parents) lors des baignades.		
J'autorise les responsables du camp à appliquer de la crème solaire (fournie par les parents) à mon enfant en cas de besoin.		
J'autorise les Loisirs de St-Liboire inc. à utiliser pour des fins promotionnelles toute photographie qui serait prise de mon enfant dans le cadre des activités du camp de jour.		
J'autorise mon enfant à quitter le camp de jour, car il dîne à la maison.		
J'autorise mon enfant à quitter le camp de jour comme bon lui semble à n'importe quelle heure de la journée. Si oui, précisez les conditions :		
J'autorise mon enfant à quitter le camp de jour seul(e). Si oui, précisez les conditions :		
<input type="checkbox"/> Je déclare que les renseignements que j'ai fournis sont exacts. <input type="checkbox"/> Je soussigné (e), reconnais avoir pris connaissance des informations sur les documents avis aux parents et facturation du service de garde ; des conditions d'admission et des conditions de remboursement et je m'engage à les respecter.		
En foi de quoi, j'ai signé le : _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>DATE</span> <span>SIGNATURE DU PARENT OU TUTEUR</span> </div>		

## MON ENFANT UTILISERA LE SERVICE DE GARDE

**Coût :** 5\$/période max. 8\$/jour par enfant

**Indiquez le ou les jours, et l'heure approximative d'arrivée et de départ de votre enfant.**

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
AM					
PM					

COCHEZ	DATES (24 juin fermé)	TARIFS 55\$/semaine 25\$/jour	COCHEZ	DATES	TARIFS 55\$/semaine 25\$/jour
	22 AU 26 JUIN	\$		27 AU 31 JUILLET	\$
	29 JUIN AU 3 JUILLET	\$		3 AU 7 AOÛT	\$
	6 AU 10 JUILLET	\$		10 AU 14 AOÛT	\$
	13 AU 17 JUILLET	\$	<b>8 semaines</b>	<b>22 juin au 14 août</b>	<b>300.00\$</b>
	20 AU 24 JUILLET	\$	25 % additionnel pour les non-résidents		\$
<b>CHANDAIL 15\$ :</b> petit <input type="checkbox"/> moyen <input type="checkbox"/> large <input type="checkbox"/>			Chandail : \$		
Date d'inscription : _____ Heure : _____			<b>TOTAL À PAYER :</b> \$		

Si vous avez inscrit votre enfant pour les 8 semaines de camp de jour; est-ce qu'il fréquentera le camp durant les semaines de la construction : Cochez S.V.P

présent la première semaine du 20 au 24 juillet  
 présent la deuxième semaine du 27 au 31 juillet  
 absent les 2 semaines

## MODE DE PAIEMENT ET REMBOURSEMENT

- Les chèques doivent être faits à l'ordre de : **Loisirs St-Liboire inc. (date limite paiement 22 juin 2020)**
- Pour une annulation due à une maladie/contrainte médicale, avec preuve à l'appui, nous remboursons le montant de l'inscription de votre enfant excepté les frais d'administration de **15%**.
- Pour une annulation sans preuve médicale **avant le début du camp**, nous rembourserons le montant de l'inscription de votre enfant excepté les frais d'administration de **15%**
- Pour une annulation sans preuve médicale ou si votre enfant quitte pour des raisons injustifiées, aucun remboursement ne sera fait.

