

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) :
Courriel de communication (obligatoire) :	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"/>	

FICHE SANTÉ

État de santé général 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

QUESTION	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 s'amuser dans les jeux d'eaux des Loisirs de St-Liboire.		
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 : _____		
DATE	SIGNATURE DU PARENT OU TUTEUR	

MON ENFANT UTILISERA LE SERVICE DE GARDE

Mon enfant fréquentera le service de garde?

oui

Occasionnellement

non

Si oui ou à l'occasion, qui est autorisé à aller chercher votre enfant (autre que les parents)? ★

Nom de la personne :	Lien avec l'enfant :
Nom de la personne :	Lien avec l'enfant :

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

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
AM (7h-9h)					
PM (15h30-17h30)					

★ 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 :

COCHEZ	DATES	TARIFS 55\$/semaine 25\$/jour	COCHEZ	DATES	TARIFS 55\$/semaine 25\$/jour
	28 Juin au 2 Juillet	\$		2 au 6 Août	\$
	5 au 9 Juillet	\$		9 au 13 Août	\$
	12 au 16 Juillet	\$		16 au 20 Août	\$
	19 au 23 Juillet	\$		Sous-Total	\$
	26 au 30 Juillet	\$		25 % additionnel pour les non-résidents	\$
OU <input type="checkbox"/> 8 semaines (28 Juin au 20 Août) 315.00\$			TOTAL À PAYER : _____ \$		
Date d'inscription : _____ Heure : _____					

MODE DE PAIEMENT ET REMBOURSEMENT

1. Les chèques doivent être faits à l'ordre de : **Loisirs St-Liboire inc.** (date limite paiement 25 juin 2021)
2. 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%.
3. 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 %
4. Pour une annulation sans preuve médicale où si votre enfant quitte pour des raisons injustifiées, aucun remboursement ne sera fait.

(OBLIGATOIRE) RELEVÉ 24 (parent ou tuteur auxquels le relevé aux fins d'impôt doit être émis)

Nom : _____ Prénom : _____

Numéro d'assurance sociale (parent) _____
(OBLIGATOIRE)