

FICHE D'INSCRIPTION

CAMP DE JOUR OTJ DANVILLE



1.1 RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR L'ENFANT

Nom de famille :		Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	
Prénom :		Date de naissance	Jour / Mois /Année
Adresse complète:		Âge au 25 juin :	
		Maternelle complétée ?	
Taille de t-shirt	<u>Enfant</u> : Petit <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Grand <input type="checkbox"/> <u>Adulte</u> Petit <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Grand <input type="checkbox"/>		

1.2 PARENTS OU TUTEUR

Nom parent 1 :		Nom parent 2 :	
Occupation :		Occupation :	
Adresse :		Adresse :	
Téléphone :	(Rés.)	Téléphone :	(Rés.)
	(Bur.)		(Bur.)
	(Cell.)		(Cell.)
Courriel :		Courriel :	
GARDE de l'enfant : Parent 1 et 2 <input type="checkbox"/> Parent 1 <input type="checkbox"/> Parent 2 <input type="checkbox"/> Partagée <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/>			
Pour émission du relevé 24		NAS :	
Nom du parent payeur :			

1.3 SERVICE DE GARDE

Votre enfant fréquentera-t-il le service de garde ? Le matin : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Le soir : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si OUI , qui est autorisé à aller le chercher le soir (autre que l'un des deux parents)?*	
Prénom :	Nom :
Lien avec l'enfant :	Mon enfant est AUTORISÉ à partir seul le soir. Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

* Veuillez noter que si ce n'est pas une personne autorisée qui vient chercher votre enfant, le personnel du service de garde ne sera pas autorisé à le laisser partir, peu importe le lien de parenté qui l'unit à cette personne. Pour autoriser qui que ce soit dont le nom n'est pas mentionné à la section 4 du présent formulaire à aller chercher votre enfant, vous devez transmettre au préalable au service de garde un avis écrit précisant le nom de cette personne.

1.4 PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

La ville de Danville accorde une grande importance à la protection de la vie privée et à la sécurité des données personnelles. La politique de confidentialité de la Ville de Danville a pour but de vous informer sur les types de données que nous collectons à votre sujet via le formulaire d'inscription, la manière dont nous les utilisons, les raisons pour lesquelles nous les collectons et les droits dont vous disposez. Pour consulter la politique, visitez le <https://danville.ca/privacy-policy/>

- J'autorise la Ville de Danville à collecter, à détenir et à utiliser mes données personnelles et/ou celles de mon enfant contenues dans cette fiche d'inscription au camp de jour pour l'été 2024. Cette mesure vise à assurer une gestion adéquate du camp et à en améliorer le fonctionnement tout en respectant la Loi 25.
 - OUI
 - NON

Nom du parent ou tuteur

Signature du parent ou tuteur

Date de la signature

FICHE DE SANTÉ

CAMP DE JOUR OTJ DANVILLE



2.1 RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR L'ENFANT

Nom de l'enfant :		Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	
Prénom :		Date de naissance :	Jour / Mois /Année
Adresse complète:			
# Assurance Maladie		Date d'expiration :	Jour / Mois /Année

2.2 RÉPONDANT(S) DE L'ENFANT

PARENT 1		PARENT 2	
Prénom et nom :		Prénom et nom :	
Téléphone (travail) :		Téléphone (travail) :	
Poste :		Poste :	
Cellulaire : <i>ou autre numéro</i>		Cellulaire : <i>ou autre numéro</i>	

2.3 EN CAS D'URGENCE

Personne à joindre en cas d'URGENCE :	Parent 1 et Parent 2 <input type="checkbox"/> Parent 1 <input type="checkbox"/> Parent 2 <input type="checkbox"/>		
Deux autres personnes à joindre 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) :	

2.4 CONDITIONS ET ALLERGIES

Souffre-t-il des maux suivants?		A-t-il des allergies?	
Asthme	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Fièvre des foins	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Diabète	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Herbe à puce	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Épilepsie	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Piqûres d'insectes*	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Migraines	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Animaux*	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Autres, préciser :		Médicaments*	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
		Allergies alimentaires*	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
		*Préciser :	

Votre enfant a-t-il à sa disposition un auto-injecteur d'épinéphrine (ex : EpiPen) en raison de ses allergies?
 Oui Non

Note : le dispositif envoyé au camp de jour doit être valide jusqu'à août 2024.

À SIGNER SI VOTRE ENFANT A UN DISPOSITIF AUTO-INJECTEUR

Par la présente, j'autorise les personnes désignées par le Camp de jour de la Ville de Danville à utiliser, en cas d'urgence, le dispositif auto-injecteur _____ sur mon enfant.

 Signature du parent

2.5 MÉDICAMENTS PRESCRITS PAR UN MÉDECIN

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

Si votre enfant doit prendre des médicaments, notez que le personnel du camp de jour n'est pas autorisé à les administrer, mais seulement de lui faire un rappel. Ceux-ci doivent être identifiés (papier de pharmacie) et placés dans la boîte à lunch de l'enfant.

2.6 ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Votre enfant a-t-il déjà subi une intervention chirurgicale?		Oui <input type="checkbox"/>		Non <input type="checkbox"/>	
Si oui, Date :		Raison :			
Blessures graves			Maladies chroniques ou récurrentes		
Date :		Date :			
Décrire :		Décrire :			

2.7 AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES

Les questions qui suivent nous aideront à mieux intervenir auprès de votre enfant.

Votre enfant a-t-il besoin d'un VFI (veste de flottaison individuelle) lorsqu'il nage? **		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Préciser :			
<i>** Les enfants de 6 ans et moins devront obligatoirement porter un VFI ou un ballon dorsal pour respecter les normes de la SDS et pour la sécurité de tous.</i>			
Votre enfant a-t-il un suivi particulier pendant l'année (médecin spécialiste, CLSC, CIUSS, technicien(ne) en éducation spécialisée, psychoéducateur(trice), travailleur(se) social(e), etc.)?		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si oui, préciser :			
Y a-t-il des activités auxquelles votre enfant ne peut pas participer ou seulement moyennant certaines conditions ?		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si oui, expliquer :			

2.8 MÉDICAMENTS EN VENTE LIBRE FOURNI PAR LE PARENT OU TUTEUR

J'autorise le personnel du Camp de jour de la Ville de Danville à rappeler à mon enfant, si nécessaire, la prise d'un ou plusieurs médicaments sans ordonnance en vente libre qui doit être dans son contenant d'origine, identifié au nom de l'enfant et placé dans sa boîte à lunch.

Cocher les médicaments :

Antihistaminique (Benadryl, Reactine)

Antibiotique en crème (ex : Polysporin)

Sirop contre la toux

Autre, préciser :

Signature de la mère ou du père : _____ Date : _____

Veuillez prendre note que les informations concernant l'état de santé de votre enfant demeureront confidentielles. Elles seront transmises uniquement à son animateur et aux responsables afin de permettre un meilleur encadrement ainsi qu'une intervention plus efficace en cas d'urgence.

