

T 819 758-9979

265, rue Notre-Dame Est, Victoriaville QC G6P 4A4

Identification de l'enfant

Nom : _____ Prénom : _____
 Date de naissance : _____ Sexe : Garçon Fille
 Adresse : _____ Ville : _____
 Code postal : _____ Téléphone : _____

Identification des parents ou tuteurs

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Tutrice | <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Tutrice |
| Nom : _____ | Nom : _____ |
| Prénom : _____ | Prénom : _____ |
| Adresse : <input type="checkbox"/> Même que l'enfant | Adresse : <input type="checkbox"/> Même que l'enfant |
| _____ | _____ |
| Ville : _____ Code postal : _____ | Ville : _____ Code postal : _____ |
| Téléphone résidence : _____ | Téléphone résidence : _____ |
| Téléphone cellulaire : _____ | Téléphone cellulaire : _____ |
| Téléphone bureau : _____ | Téléphone bureau : _____ |
| Courriel : _____ | Courriel : _____ |

Indiquez le numéro d'assurance sociale de la personne à qui l'école doit émettre les relevés pour fins d'impôt :

Père : _____ Mère : _____ Tuteur : _____ Tutrice : _____

Personnes à contacter en cas d'urgence (autres que les parents)

Contact en cas d'urgence 1 ▼

Nom : _____
 Prénom : _____
 Téléphone résidence : _____
 Téléphone cellulaire : _____
 Téléphone bureau : _____
 Lien avec l'enfant : _____

Contact en cas d'urgence 2 ▼

Nom : _____
 Prénom : _____
 Téléphone résidence : _____
 Téléphone cellulaire : _____
 Téléphone bureau : _____
 Lien avec l'enfant : _____

Description des camps

Les camps sont en anglais et s'adressent aux enfants de 3 à 6 ans.

Programmation

Bricolage – Jeux en grand groupe à l'extérieur – Activités sportives – Baignade/Jeux d'eau
Sieste pour les petits (jeux pour les grands) – Sorties au parc – Sorties spéciales

Heure d'ouverture

7 h 30 à 17 h 30

Les enfants doivent apporter :

Vêtements de rechange – Vêtements de piscine (casque de bain, maillot et serviette) – Lunch et 2 collations – Bouteille d'eau – Crème solaire
▶ Tout ce que les enfants apportent doit être identifié

Veillez cocher l'horaire souhaité pour chacune des semaines proposées :

26 au 29 juin

ALL ABOUT ME

184 \$

SEMAINE COMPLETE À LA JOURNÉE M M J V

2 au 6 juillet

A YEAR IN A WEEK

230 \$

SEMAINE COMPLETE À LA JOURNÉE L M M J V

9 au 13 juillet

MY FUTURE JOB

230 \$

SEMAINE COMPLETE À LA JOURNÉE L M M J V

16 au 20 juillet

BEAUTIFUL PLANET EARTH

230 \$

SEMAINE COMPLETE À LA JOURNÉE L M M J V

6 au 10 août

LET'S MOVE

230 \$

SEMAINE COMPLETE À LA JOURNÉE L M M J V

13 au 17 août

ONCE UPON A TIME... MY SUMMER AT THE CAMP

230 \$

SEMAINE COMPLETE À LA JOURNÉE L M M J V

Notes

- Le prix par jour est de 46 \$.
- Des frais supplémentaires peuvent être à prévoir pour les déplacements lors des sorties.

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant (autres que les parents)

Personne autorisée 1 ▼

Nom : _____

Prénom : _____

Téléphone résidence : _____

Téléphone cellulaire : _____

Téléphone bureau : _____

Lien avec l'enfant : _____

Personne autorisée 2 ▼

Nom : _____

Prénom : _____

Téléphone résidence : _____

Téléphone cellulaire : _____

Téléphone bureau : _____

Lien avec l'enfant : _____

Personne autorisée 3 (optionnel) ▼

Nom : _____

Prénom : _____

Téléphone résidence : _____

Téléphone cellulaire : _____

Téléphone bureau : _____

Lien avec l'enfant : _____

Personne autorisée 4 (optionnel) ▼

Nom : _____

Prénom : _____

Téléphone résidence : _____

Téléphone cellulaire : _____

Téléphone bureau : _____

Lien avec l'enfant : _____

Autorisations

En cas d'urgence

J'autorise le personnel désigné du service de garde à prendre les dispositions nécessaires pour la santé et la sécurité de mon enfant :

Oui Non

Sorties et activités

Je consens à ce que mon enfant participe à des sorties récréatives et éducatives à proximité du service de garde (rayon inférieur à 1 km). Pour toute autre sortie, une demande de consentement me sera présentée à l'avance pour approbation.

Oui Non

Administration/application de certains produits

J'autorise le personnel désigné à administrer ou appliquer les produits suivants à mon enfant :

- Gouttes nasales salines
- Solution orale d'hydratation (type Pedialyte)
- Crème à base d'oxyde de zinc
- Crème solaire
- Lotion calamine
- Crème hydratante
- Baume à lèvres

Renseignements sur la santé

État général de santé

Votre enfant souffre-t-il ?

| | Oui | Non | Précisez (symptômes, réactions, traitements, etc.) |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| Asthme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Allergies..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Handicap..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Troubles cardiaques | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Épilepsie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Hémophilie..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Diabète | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Autres | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |

Dans le cas où votre enfant doit prendre un ou des médicaments (autre que l'acétaminophène), veuillez compléter le formulaire « AUTORISATION PARENTALE POUR L'ADMINISTRATION D'UN MÉDICAMENT ».

Allergies

Votre enfant a-t-il des allergies ?

| | Oui | Non | Précisez (symptômes, réactions, traitements, etc.) |
|------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| Aliments | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Médicaments..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Autres | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |

Si vous avez répondu « Oui », veuillez compléter le formulaire « COLLECTE DE DONNÉES SUR LES ALLERGIES ».

Accident ou opération

Votre enfant a-t-il déjà eu un accident ou une opération majeure? Oui Non

Aide particulière

Votre enfant est-il suivi par un spécialiste de la santé (psychologue, psychiatre, orthophoniste, etc.)? Oui Non

Alimentation

Quelles sont les exigences particulières à respecter (excluant les allergies) au niveau de l'alimentation de votre enfant ?

Autres

Y a-t-il des difficultés, contraintes ou restrictions particulières concernant la santé ou le comportement de votre enfant dont vous voudriez nous faire part? Oui Non

Signature : _____

Date : _____

Père Mère Tuteur Tutrice