

# Formulaire d'inscription

## Camp de jour de St-Frédéric

### Été 2024

\*\* Un formulaire incomplet sera refusé à la soirée d'inscription, le parent devra aller le porter lui-même au bureau municipal \*\*

### Choix du forfait

\*\* Des frais supplémentaires pourraient être demandés lors d'activités spéciales \*\*

<b>Forfait #1</b> <input type="checkbox"/>	<b>Forfait #2</b> <input type="checkbox"/>
<u>AVEC</u> service de garde 6 semaines 1 <sup>er</sup> enfant : 360\$ 2 <sup>e</sup> enfant : 270\$ 3 <sup>e</sup> enfant et plus : 180\$	<u>SANS</u> service de garde 6 semaines 1 <sup>er</sup> enfant : 320\$ 2 <sup>e</sup> enfant : 230\$ 3 <sup>e</sup> enfant et plus : 140\$
<b>Forfait #3</b> <input type="checkbox"/>	<b>Forfait #4</b> <input type="checkbox"/>
<u>AVEC</u> service de garde 8 semaines 1 <sup>er</sup> enfant : 480\$ 2 <sup>e</sup> enfant : 360\$ 3 <sup>e</sup> enfant et plus : 240\$	<u>SANS</u> service de garde 8 semaines 1 <sup>er</sup> enfant : 425\$ 2 <sup>e</sup> enfant : 305\$ 3 <sup>e</sup> enfant et plus : 185\$
<b>Forfait #5</b> <input type="checkbox"/>	
<b>À la semaine – Avec service de garde et offert à tous</b> 1 <sup>er</sup> enfant : 95\$ - 2 <sup>e</sup> enfant : 80\$ - 3 <sup>e</sup> enfant et plus : 65\$ ** Choix des semaines obligatoire à l'inscription **	
<b>Non-Résident</b> <input type="checkbox"/>	
Les forfaits 1 – 2 – 3 et 4 sont également offerts aux non-résidents de St-Frédéric. Ajoutez les frais suivants selon le forfait souhaité : <b>1<sup>er</sup> enfant : 65\$ - 2<sup>e</sup> enfant : 45\$ - 3<sup>e</sup> enfant et plus : 25\$</b>	
<b>Service de garde : 7h00 à 9h00 et de 15h30 à 17h00 – Midi toujours inclus</b> <b>À la pièce : 5\$ / jour</b>	

Coût total : \_\_\_\_\_

### Choix des semaines

Veuillez choisir les semaines désirées (À noter – Camp fermé les 24 juin et 1<sup>er</sup> juillet)

24 juin	1 juillet	8 juillet	15 juillet	22 juillet	29 juillet	5 août	12 août

### Nombres de versements égaux

1 (Inscription)  2 (1<sup>er</sup> juin)

\*\* Les frais d'inscription devront être payés en totalité AVANT le début du camp, faute de quoi, l'accès au camp ne sera pas autorisé \*\*

## Coordonnées des parents

\*\* Pour la production de reçu d'impôt, veuillez indiquer qui est le parent payeur \*\*

Parent 1	Parent 2
Nom et prénom :	Nom et prénom :
NAS (payeur seulement) :	NAS (payeur seulement) :
Adresse complète :	Adresse complète :
Numéro de téléphone (précisez poste) : 1) 2)	Numéro de téléphone (précisez poste) : 1) 2)
Courriel :	Courriel :

## Heures de service de garde

Si vous avez choisi un des forfaits incluant le service de garde, bien vouloir préciser quand votre ou vos enfants le fréquenteront.

Le matin    Oui     Non     Précisez heures d'arrivée : \_\_\_\_\_

Le soir    Oui     Non     Précisez heures de départ : \_\_\_\_\_

## Départ avec une personne autorisée

Veuillez noter qu'en tout temps, votre enfant ou vos enfants ne seront pas autorisés à quitter le camp ou le service de garde avec une personne ne se retrouvant pas sur la liste

*\*\*Il est de votre responsabilité de mettre la liste à jour\*\**

Prénom :	Nom :
Lien avec l'enfant :	Téléphone :
Plus de 14 ans : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

Prénom :	Nom :
Lien avec l'enfant :	Téléphone :
Plus de 14 ans : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

## Interdiction de partir avec une personne

Mon enfant ou mes enfants ne peuvent quitter avec la personne suivante :

\_\_\_\_\_

À tout moment de la journée. Je déclare que mon enfant ne doit absolument pas quitter avec elle

Initiales

Enfant 1	
Prénom :	Nom :
Date de naissance :	Âge au 26 juin 2024 :
Niveau scolaire en septembre 2024 :	
Numéro RAMQ :	Expiration RAMQ :
<b>Veste de flottaison</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Toujours <input type="checkbox"/> Seulement Creux <input type="checkbox"/>	<b>Allergies</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Précisez : _____ Épipen <input type="checkbox"/> Allerject <input type="checkbox"/>
<b>Besoins particuliers</b> (mon enfant a reçu un suivi particulier pour l'année scolaire 2023-2024)	
Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Précisez ci-dessous : Suivi et nature du besoin :	
Condition médicale	
Mon enfant a une maladie chronique et des besoins particuliers au niveau de sa santé : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Description :	
Médication	
Nom du médicament :	Posologie :
Crème solaire	
J'accepte que mon enfant reçoive l'application de crème solaire par un animateur du camp de jour pour éviter les brûlures. Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si je coche non, je déclare que mon enfant appliquera sa crème solaire seul en tout temps et que les animateurs ne sont pas responsables de ses coups de soleil.	
Départ seul	
Mon enfant est autorisé à quitter seul Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> À quelle heure : _____	
Autre information importante	
Inscrivez toute autre information qui pourrait être pertinente à l'équipe :	

Enfant 2	
Prénom :	Nom :
Date de naissance :	Âge au 26 juin 2024 :
Niveau scolaire en septembre 2024 :	
Numéro RAMQ :	Expiration RAMQ :
<b>Veste de flottaison</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Toujours <input type="checkbox"/> Seulement Creux <input type="checkbox"/>	<b>Allergies</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Précisez : _____ Épipen <input type="checkbox"/> Allerject <input type="checkbox"/>
<b>Besoins particuliers</b> (mon enfant a reçu un suivi particulier pour l'année scolaire 2023-2024)	
Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Précisez ci-dessous : Suivi et nature du besoin :	
Condition médicale	
Mon enfant a une maladie chronique et des besoins particuliers au niveau de sa santé : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Description :	
Médication	
Nom du médicament :	Posologie :
Crème solaire	
J'accepte que mon enfant reçoive l'application de crème solaire par un animateur du camp de jour pour éviter les brûlures. Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si je coche non, je déclare que mon enfant appliquera sa crème solaire seul en tout temps et que les animateurs ne sont pas responsables de ses coups de soleil.	
Départ seul	
Mon enfant est autorisé à quitter seul Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> À quelle heure : _____	
Autre information importante	
Inscrivez toute autre information qui pourrait être pertinente à l'équipe :	

Enfant 3	
Prénom :	Nom :
Date de naissance :	Âge au 26 juin 2024 :
Niveau scolaire en septembre 2024 :	
Numéro RAMQ :	Expiration RAMQ :
<b>Veste de flottaison</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Toujours <input type="checkbox"/> Seulement Creux <input type="checkbox"/>	<b>Allergies</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Précisez : _____ Épipen <input type="checkbox"/> Allerject <input type="checkbox"/>
<b>Besoins particuliers</b> (mon enfant a reçu un suivi particulier pour l'année scolaire 2023-2024)	
Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Précisez ci-dessous : Suivi et nature du besoin :	
Condition médicale	
Mon enfant a une maladie chronique et des besoins particuliers au niveau de sa santé : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Description :	
Médication	
Nom du médicament :	Posologie :
Crème solaire	
J'accepte que mon enfant reçoive l'application de crème solaire par un animateur du camp de jour pour éviter les brûlures. Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si je coche non, je déclare que mon enfant appliquera sa crème solaire seul en tout temps et que les animateurs ne sont pas responsables de ses coups de soleil.	
Départ seul	
Mon enfant est autorisé à quitter seul Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> À quelle heure : _____	
Autre information importante	
Inscrivez toute autre information qui pourrait être pertinente à l'équipe :	

Enfant 4	
Prénom :	Nom :
Date de naissance :	Âge au 26 juin 2024 :
Niveau scolaire en septembre 2024 :	
Numéro RAMQ :	Expiration RAMQ :
<b>Veste de flottaison</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Toujours <input type="checkbox"/> Seulement Creux <input type="checkbox"/>	<b>Allergies</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Précisez : _____ Épipen <input type="checkbox"/> Allerject <input type="checkbox"/>
<b>Besoins particuliers</b> (mon enfant a reçu un suivi particulier pour l'année scolaire 2023-2024)	
Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Précisez ci-dessous : Suivi et nature du besoin :	
Condition médicale	
Mon enfant a une maladie chronique et des besoins particuliers au niveau de sa santé : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Description :	
Médication	
Nom du médicament :	Posologie :
Crème solaire	
J'accepte que mon enfant reçoive l'application de crème solaire par un animateur du camp de jour pour éviter les brûlures. Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si je coche non, je déclare que mon enfant appliquera sa crème solaire seul en tout temps et que les animateurs ne sont pas responsables de ses coups de soleil.	
Départ seul	
Mon enfant est autorisé à quitter seul Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> À quelle heure : _____	
Autre information importante	
Inscrivez toute autre information qui pourrait être pertinente à l'équipe :	

## Autorisations

### Frais d'inscription impayé

S'il y a un solde impayé d'une année précédente et/ou courante, le montant en souffrance doit être payé en totalité afin d'obtenir le droit d'accès au service du camp de jour. Nous nous laissons le droit d'annuler l'inscription en cas de refus de paiement, et ce, sans remboursement.

Initiales

### Frais de retard au service de garde en fin de journée

Tout retard à la fin de la journée entrainera des frais de 7\$ pour les premières 15 minutes et de 1\$ la minute supplémentaire, et ce, par enfant. Ces frais devront être payés en argent dans un délai maximum de 5 jours ouvrables, directement à la coordonnatrice. Si cette situation revient régulièrement, un arrêt du service pourrait vous être imposé.

Initiales

### Frais de service de garde à la carte

Un frais de 5\$ par jour par enfant est demandé pour l'utilisation du service de garde à la carte, peu importe si utilisé le matin et/ou en fin de journée. Payable directement à la coordonnatrice au plus tard le vendredi de la même semaine.

Initiales

### Administration de médicaments

J'accepte qu'un moniteur du camp de jour administre le ou les médicaments mentionnés dans les tableaux ci-haut (ayant posologie lors du camp de jour seulement, si applicable). \*\*\* Aucun médicament sans prescription ne pourra être administré \*\*\*

Initiales

### Auto-injecteur

J'accepte que les moniteurs du camp jour administrent le contenu de l'auto-injecteur à mon ou mes enfants.

Initiales

### Crème solaire

Je m'engage à créméer mon ou mes enfants avant leur arrivée au camp de jour (matin et après-midi si dîne à la maison) et je suis responsable de leurs coups de soleil si je ne les ai pas crémé.

Initiales

### Prise de photos

J'accepte que mon ou mes enfants soient photographiés par les animateurs du camp de jour. Les photos pourraient être publiées sur la page Facebook du groupe fermé Camp de jour de Saint-Frédéric pour permettre aux parents de voir les activités vécues par leur enfant. Ainsi, seuls les membres du groupe du Camp de jour pourraient les voir.

Initiales

### Premiers soins et transport en cas d'urgence

J'autorise le camp de jour de Saint-Frédéric à prodiguer les premiers soins à mon ou mes enfants. Si la direction du camp de jour le juge nécessaire, je l'autorise également à transporter mon ou mes enfants par ambulance ou autrement dans un établissement hospitalier.

Initiales

### Comportement

Je m'engage à collaborer avec la direction du camp de jour et à venir la rencontrer si le comportement de mon ou mes enfants nuit au bon déroulement des activités.

Initiales

### Modalités de remboursement

Les frais d'inscription au camp de jour seront remboursés en totalité moins des frais d'annulation de 25\$ dans le cas d'une annulation plus d'un mois avant le début du camp de jour. Les frais ne seront pas remboursés dans le cas d'une annulation à moins d'une semaine avant le début du camp de jour ni pour les journées de camp manquées.

Dans le cas où l'enfant ne peut plus participer aux activités du camp de jour pour des raisons de santé (preuve médicale à l'appui). Les Loisirs de St-Frédéric remboursera la totalité des frais d'inscription. Toute demande de remboursement doit être faite par écrit à l'adresse courriel du camp de jour - [OTJStFred@gmail.com](mailto:OTJStFred@gmail.com)

Initiales



### Mode de paiement

- Chèque au nom : Les Loisirs de Saint-Frédéric (par la poste ou le déposer dans la boîte courrier du bureau municipal – 850, rue de l’Hôtel de Ville)
- Argent comptant
- Virement bancaire
- Transit Caisse : 20048  
Numéro d’institution : 815  
Folio (# de compte) : 1019413
- \*\* Inscrire le nom de l’enfant comme raison du virement \*\***

#### Identification des parties engagées dans le virement

Identification du destinataire :

Raison du virement :  ← **Nom de votre enfant Exemple : ALaplante**

Votre identification :  ← **Le nom du payeur apparaît automatiquement ici**

#### Identification du compte du destinataire

Choisir une des options suivantes :

- Effectuer le virement dans le compte du destinataire selon les données du spécimen de chèque

Transit caisse:  (Les 5 chiffres à gauche du N° institution)

N° institution :

Folio/N° compte :  (Tous les chiffres à droite du N° institution)

***Pour toutes questions supplémentaires, veuillez les faire parvenir à l’adresse suivante :  
OTJStFred@gmail.com***

***\*\*\* Toutes les informations demeureront confidentielles par le comité  
et les employés du camp de jour \*\*\****

Signature du parent / tuteur

Date

---

---