

## FICHE D'INSCRIPTION

### Camp de jour été 2026

#### 1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR L'ENFANT

|                  |  |                                      |   |
|------------------|--|--------------------------------------|---|
| Nom de famille : |  | Sexe :                               | M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> |
| Prénom :         |  | Date de naissance :                  | (Année/mois/jour)<br>____ / ____ / ____               |
| Adresse :        |  | Âge de l'enfant au 1er juillet 2026: |   |
| Code postal :    |  |                                      |   |

#### 2. PARENTS OU TUTEUR

|   |         |                  |         |
|---|---------|------------------|---------|
| Nom du père :   |         | Nom de la mère : |         |
| Occupation :  |         | Occupation :     |         |
| Adresse :   |         | Adresse :        |         |
| Téléphone :   | (Rés.)  | Téléphone :      | (Rés.)  |
|   | (Bur.)  |                  | (Bur.)  |
|   | (Cell.) |                  | (Cell.) |
| Courriel :  |         | Courriel :       |         |
| <b>GARDE de l'enfant</b>  |         |                  |         |
| Père et mère <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Partagée <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> |         |                  |         |
| Numéro d'assurance sociale du payeur (obligatoire)  |         |                  |         |

#### 3. SERVICE DE GARDE

Personne autorisée à venir chercher l'enfant

|                      |   |
|----------------------|---|
| Nom :                | Prénom :  |
| Lien avec l'enfant : | Mon enfant est <b>AUTORISÉ</b> à partir <u>seul</u> le soir.<br>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |

Veillez 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 avec cette personne. Pour autoriser qui que ce soit dont le nom n'est pas mentionné à la section 3 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

## FICHE SANTÉ

### Camp de jour été 2026

#### 1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR L'ENFANT

|                           |  |                                     |   |
|---------------------------|--|-------------------------------------|---|
| Nom de l'enfant :         |  | Sexe :                              | M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> |
| Prénom :                  |  | Âge de l'enfant au 1er juillet 2026 |   |
| Adresse :                 |  | Date de naissance :                 | (Année/mois/jour)<br>____ / __ / __                   |
| Code postal :             |  | N° d'assurance-maladie (enfant) :   |   |
| Nom du médecin traitant : |  | Date d'expiration :                 |   |
| Téléphone du médecin :    |  | Clinique ou hôpital :               |   |

#### 2. RÉPONDANT(S) DE L'ENFANT

|                                  |                                  |
|----------------------------------|----------------------------------|
| Prénom et nom du PÈRE :          | Prénom et nom de la MÈRE :       |
| Téléphone (travail) :<br>Poste : | Téléphone (travail) :<br>Poste : |
| Cellulaire ou autre numéro :     | Cellulaire ou autre numéro :     |

#### 3. EN CAS D'URGENCE

|   |                      |
|---|----------------------|
| Personne à joindre en cas d'URGENCE :   |                      |
| Père et mère <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Tuteur <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) :  |

#### 4. ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

|  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| Votre enfant a-t-il déjà subi une intervention chirurgicale? |   | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |   |
| Si oui,  |   | Date :  | Raison :  |
| <b>Blessures graves</b>                                      |   | <b>Maladies chroniques ou récurrentes</b>                 |   |
| Date :   |   | Date :  |   |
| Décrire :  |   | Décrire :   |   |
| A-t-il déjà eu les maladies suivantes?                       |   | Souffre-t-il des maux suivants?                           |   |
| Varicelle  | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Asthme  | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Oreillons  | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Diabète   | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Scarlatine   | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Épilepsie   | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Rougeole   | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Migraines   | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Autres, préciser :   |   | Autres, préciser :  |   |

#### 5. VACCINS ET ALLERGIES

|                                   |   |        |                         |   |
|-----------------------------------|---|--------|-------------------------|---|
| A-t-il reçu les vaccins suivants? |   | Date : | A-t-il des allergies?   |   |
| Tétanos                           | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |        | Fièvre des foins        | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Rougeole                          | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |        | Herbe à puce            | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Rubéole                           | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |        | Piqûres d'insectes*     | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Oreillons                         | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |        | Animaux*                | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Polio                             | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |        | Médicaments*            | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| DcaT                              | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |        | Allergies alimentaires* | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Autres, préciser :                |   |        | *Préciser :             |   |

Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Epipen, Ana-Kit) en raison de ses allergies?

Oui  Non

#### À SIGNER SI VOTRE ENFANT A UNE DOSE D'ADRÉNALINE

Par la présente, j'autorise les personnes désignées par l'École de l'Excellence dans le cadre du camp de jour, à administrer, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline \_\_\_\_\_ à mon enfant.

\_\_\_\_\_  
Signature du parent

#### 6. MÉDICAMENTS

|  |  |   |
|--|--|---|
| 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 :  |

|                                  |  |
|----------------------------------|--|
| <b>7. Besoins particuliers</b>   |  |
| A-t-il des besoins particuliers? | A-t-il de la médication? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Troubles du développement        | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>                          |
| TDAH                             | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>                          |
| TDA                              | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>                          |
| Autres, préciser :               | *Préciser :  |

### 8. AUTORISATION DES PARENTS

- Si des modifications concernant l'état de santé de mon enfant survenaient avant le début ou pendant la période du camp de jour, je m'engage à transmettre cette information à la direction du camp de jour, qui fera le suivi approprié avec l'animateur de mon enfant.
- En signant la présente, j'autorise le camp de jour de l'École de l'Excellence à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Si la direction du camp de jour de l'École de l'Excellence le juge nécessaire, je l'autorise également à transporter mon enfant à mes frais par ambulance ou autrement dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire.

\_\_\_\_\_  
Nom du parent ou tuteur

\_\_\_\_\_  
Signature du parent ou tuteur

Date de la signature:

## MODALITÉS DE REMBOURSEMENT

Les frais d'inscription au camp de jour seront remboursés en totalité moins des frais d'annulation de 75 \$ dans le cas d'une annulation plus d'une semaine 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), l'école remboursera la totalité des frais d'inscription, moins les frais d'annulation de 75 \$.

## AUTORISATION ET ENGAGEMENTS DES PARENTS

- Étant donné que le camp de jour de l'École de l'Excellence prendra des photos et (ou) des vidéos au cours des activités de mon enfant durant l'été, je l'autorise à se servir de ce matériel en tout ou en partie. Tout le matériel utilisé demeurera la propriété du camp de jour de l'École de l'Excellence.
- Je m'engage à collaborer avec la direction du camp de jour de l'École de l'Excellence et à venir la rencontrer si le comportement de mon enfant nuit au bon déroulement des activités.

---

Nom du parent ou tuteur

---

Signature du parent ou tuteur

---

Date de la signature