

TERRAIN DE JEUX 2021

INSCRIPTION – PREMIER ENFANT

COÛT DE L' INSCRIPTION

Un dépôt non-remboursable de 50\$ doit être remis lors de l'inscription

Temps plein 165\$/1^{er} enfant 145\$/2^e enfant 110\$/3^e enfant

Temps partiel (2 jours) 85\$/1^{er} enfant 75\$/2^e enfant 60\$/3^e enfant

*Le terrain de jeux a lieu du 28 juin au 20 août 2021. Le terrain de jeux sera fermé le 1^{er} juillet ainsi que du 17 juillet au 1^{er} août 2021.

RENSEIGNEMENTS DU PREMIER ENFANT

Prénom et nom de l'enfant	Âge	Année scolaire												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">A</td><td style="width: 25%;">A</td><td style="width: 25%;">M</td><td style="width: 25%;">J</td> </tr> </table>	A	A	M	J	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;"> </td><td style="width: 25%;"> </td><td style="width: 25%;"> </td><td style="width: 25%;"> </td> </tr> </table>					<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">A</td><td style="width: 25%;">A</td><td style="width: 25%;">M</td><td style="width: 25%;">M</td> </tr> </table>	A	A	M	M
A	A	M	J											
A	A	M	M											
Date de naissance	No d'assurance maladie	Date d'expiration												

RENSEIGNEMENTS SUR LES PARENTS

Nom du père	Nom de la mère				
Adresse	Adresse				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"> </td> <td style="width: 50%;"> </td> </tr> </table>			<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"> </td> <td style="width: 50%;"> </td> </tr> </table>		
Ville	Code postal				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"> </td> <td style="width: 50%;"> </td> </tr> </table>			<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"> </td> <td style="width: 50%;"> </td> </tr> </table>		
Téléphone cellulaire	Téléphone travail				
Adresse courriel	Adresse courriel				
Mon enfant doit attendre qu'on vienne le chercher	Oui Non				
	<small>*Si vous cochez oui, votre enfant ne pourra pas revenir seul à la maison</small>				

AUTRE PERSONNE À CONTACTER EN CAS D' ABSENCE DES PARENTS

Prénom et nom	Lien avec l'enfant				
Adresse	Ville				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"> </td> <td style="width: 50%;"> </td> </tr> </table>			<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"> </td> <td style="width: 50%;"> </td> </tr> </table>		
Téléphone cellulaire	Code postal				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"> </td> <td style="width: 50%;"> </td> </tr> </table>			<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"> </td> <td style="width: 50%;"> </td> </tr> </table>		
Téléphone cellulaire	Téléphone travail				
	J'autorise également cette personne à venir chercher mon enfant en fin de journée : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				

NOM DE LA PERSONNE À QUI DOIT ÊTRE REMIS LE RELEVÉ 24

Prénom et nom	No assurance social
<small>*Il est obligatoire de fournir le NAS pour produire le relevé 24.</small>	

TERRAIN DE JEUX 2021

INSCRIPTION – DEUXIÈME ENFANT

COÛT DE L' INSCRIPTION

Un dépôt non-remboursable de 50\$ doit être remis lors de l'inscription

Temps plein	165\$/1 ^{er} enfant	145\$/2 ^e enfant	110\$/3 ^e enfant
Temps partiel (2 jours)	85\$/1 ^{er} enfant	75\$/2 ^e enfant	60\$/3 ^e enfant

*Le terrain de jeux a lieu du 28 juin au 20 août 2021. Le terrain de jeux sera fermé le 1^{er} juillet ainsi que du 17 juillet au 1^{er} août 2021.

RENSEIGNEMENTS DU DEUXIÈME ENFANT

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prénom et nom de l'enfant	Âge	Année scolaire
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Date de naissance	No d'assurance maladie	Date d'expiration

RENSEIGNEMENTS SUR LES PARENTS

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nom du père	Nom de la mère
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse	Adresse
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ville	Code postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Téléphone cellulaire	Téléphone travail
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse courriel	Adresse courriel
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mon enfant doit attendre qu'on vienne le chercher	Oui Non
	<small>*Si vous cochez oui, votre enfant ne pourra pas revenir seul à la maison</small>

AUTRE PERSONNE À CONTACTER EN CAS D' ABSENCE DES PARENTS

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prénom et nom	Lien avec l'enfant
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse	Ville
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Téléphone cellulaire	Code postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Téléphone travail	J'autorise également cette personne à venir chercher mon enfant en fin de journée :
<input type="text"/>	Oui Non

NOM DE LA PERSONNE À QUI DOIT ÊTRE REMIS LE RELEVÉ 24

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prénom et nom	No assurance social

*Il est obligatoire de fournir le NAS pour produire le relevé 24.

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR L'ENFANT

Nom et prénom de l'enfant

Adresse

Ville

Code postal

Téléphone

Date de naissance

Âge

Sexe F M

No assurance-maladie

Date d'expiration

EN CAS D'URGENCE

Personne à joindre en cas d'urgence :

Père et mère Mère Père Tuteur

Deux autres personnes à joindre en cas d'urgence :

Prénom et nom

Prénom et nom

Lien avec l'enfant

Lien avec l'enfant

Téléphone cellulaire Téléphone (autre) Téléphone cellulaire Téléphone (autre)

PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER MON ENFANT

MÉDICAMENTS*

Votre enfant prend-il des médicaments? Oui Non

Si oui, noms des médicaments : _____

Posologie : _____

Les prend-il lui-même? Oui Non Précisez : _____

***Si votre enfant doit prendre des médicaments,** vous devrez, à votre arrivée au camp de jour, remplir un formulaire **Politique d'administration de médicaments** d'autorisation de prise de médicament afin que les responsables puissent distribuer le médicament prescrit à votre enfant

ALLERGIES

Votre enfant a-t-il des allergies?

Fièvre des foins	Oui	Non
Herbe à puce	Oui	Non
Piqûres d'insecte	Oui	Non
Animaux*	Oui	Non
Médicaments*	Oui	Non
Allergies alimentaires*	Oui	Non

*Précisez :

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 le service de garde de la Municipalité de Val-Alain à administrer, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline _____ à mon enfant.

Le fait de cocher cette case équivaut à la signature du parent.

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Date

En cas d'urgence, j'autorise la direction du terrain de jeux (ou toute personne désignée par celle-ci) à prendre les dispositions nécessaires.

Le fait de cocher cette case équivaut à la signature du parent.

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Date

AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES

Votre enfant sait-il nager? Oui Non

Votre enfant a-t-il besoin de flotteurs, ballon dorsal, veste de flottaison? Oui Non

Y a-t-il des activités auxquelles votre enfant ne peut pas participer ou seulement moyennant certaines conditions? Oui Non

Si oui, expliquez :

AUTORISATION DES PARENTS

- Étant donné que le service de garde et le terrain de jeux de la Municipalité de Val-Alain prendront des photos et/ou vidéos au cours des activités de mon enfant, je les autorise à se servir de ce matériel en tout ou en partie à des fins promotionnelles. Tout le matériel utilisé demeurera la propriété du service de garde et du terrain de jeux de la Municipalité de Val-Alain.
- 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 service de garde et du terrain de jeux, qui fera le suivi approprié avec l'animateur de mon enfant.
- En signant la présente, j'autorise le service de garde ainsi que le terrain de jeux de la Municipalité de Val-Alain à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Si la direction du service de garde et du terrain de jeux de la Municipalité de Val-Alain le juge nécessaire, je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire.
- Je m'engage à collaborer avec la direction du service de garde et du terrain de jeux de la Municipalité de Val-Alain et à venir la rencontrer si le comportement de mon enfant nuit au bon déroulement des activités.

Le fait de cocher cette case équivaut à la signature du parent.

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Date

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR L'ENFANT

Nom et prénom de l'enfant

Adresse

Ville

Code postal

Téléphone

Date de naissance

Âge

Sexe F M

No assurance-maladie

Date d'expiration

EN CAS D'URGENCE

Personne à joindre en cas d'urgence :

Père et mère Mère Père Tuteur

Deux autres personnes à joindre en cas d'urgence :

Prénom et nom

Prénom et nom

Lien avec l'enfant

Lien avec l'enfant

Téléphone cellulaire Téléphone (autre) Téléphone cellulaire Téléphone (autre)

PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER MON ENFANT

MÉDICAMENTS*

Votre enfant prend-il des médicaments? Oui Non

Si oui, noms des médicaments : _____

Posologie : _____

Les prend-il lui-même? Oui Non Précisez : _____

***Si votre enfant doit prendre des médicaments,** vous devrez, à votre arrivée au camp de jour, remplir un formulaire **Politique d'administration de médicaments** d'autorisation de prise de médicament afin que les responsables puissent distribuer le médicament prescrit à votre enfant

ALLERGIES

Votre enfant a-t-il des allergies?

Fièvre des foins	Oui	Non
Herbe à puce	Oui	Non
Piqûres d'insecte	Oui	Non
Animaux*	Oui	Non
Médicaments*	Oui	Non
Allergies alimentaires*	Oui	Non

*Précisez :

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 le service de garde de la Municipalité de Val-Alain à administrer, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline _____ à mon enfant.

Le fait de cocher cette case équivaut à la signature du parent.

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Date

En cas d'urgence, j'autorise la direction du terrain de jeux (ou toute personne désignée par celle-ci) à prendre les dispositions nécessaires.

Le fait de cocher cette case équivaut à la signature du parent.

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Date

AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES

Votre enfant sait-il nager? Oui Non

Votre enfant a-t-il besoin de flotteurs, ballon dorsal, veste de flottaison? Oui Non

Y a-t-il des activités auxquelles votre enfant ne peut pas participer ou seulement moyennant certaines conditions? Oui Non

Si oui, expliquez :

AUTORISATION DES PARENTS

- Étant donné que le service de garde et le terrain de jeux de la Municipalité de Val-Alain prendront des photos et/ou vidéos au cours des activités de mon enfant, je les autorise à se servir de ce matériel en tout ou en partie à des fins promotionnelles. Tout le matériel utilisé demeurera la propriété du service de garde et du terrain de jeux de la Municipalité de Val-Alain.
- 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 service de garde et du terrain de jeux, qui fera le suivi approprié avec l'animateur de mon enfant.
- En signant la présente, j'autorise le service de garde ainsi que le terrain de jeux de la Municipalité de Val-Alain à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Si la direction du service de garde et du terrain de jeux de la Municipalité de Val-Alain le juge nécessaire, je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire.
- Je m'engage à collaborer avec la direction du service de garde et du terrain de jeux de la Municipalité de Val-Alain et à venir la rencontrer si le comportement de mon enfant nuit au bon déroulement des activités.

Le fait de cocher cette case équivaut à la signature du parent.

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Date

PREMIER ENFANT

IMPORTANT

Veuillez prendre connaissance du document *Fonctionnement du service de garde, été 2021* avant de remplir cette page.

Veuillez remplir cette section si vous désirez inscrire votre enfant au service de garde estival (de 6h30 à 8h30 et de 16h à 17h30). Nous prenons les inscriptions pour le service de garde, mais, au cours des prochaines semaines, vous recevrez une confirmation si ce service est offert ou non.

Entre : **La Municipalité de Val-Alain pour « Service de garde municipal de Val-Alain – terrain de jeux ».**

Adresse de correspondance : 648, rue Principale, Val-Alain (Québec) G0S 3H0

Adresse du service : 1200, rue de l'École, Val-Alain (Québec) G0S 3H0

418 744-3222

Et : **Le Parent**

Dont les informations personnelles sont inscrites à la page précédente

Concernant la garde de l'Enfant :

Dont les informations personnelles sont inscrites à la page précédente

SERVICE DE GARDE RETENU PAR LE PARENT

Utilisateur régulier : Cochez seulement les périodes de fréquentation durant lesquels votre enfant sera présent et inscrivez les heures d'arrivée et de départ lorsqu'applicable.

Heure d'arrivée	Heure de départ	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
<input type="text"/>	<input type="text"/>					

DURÉE DU CONTRAT

Le contrat entre en vigueur le (date de la première journée de fréquentation de l'Enfant)

et se termine le .

SIGNATURES

Par la présente, je déclare avoir lu et compris le document *Règles de fonctionnement du service de garde, été 2021* et qu'il fait partie intégrante du présent contrat.

Le fait de cocher cette case équivaut à la signature du parent.

Date

Signature de la municipalité

Lieu

Date



TERRAIN DE JEUX 2021

Val-Alain SERVICE DE GARDE ESTIVAL – CONTRAT DE FRÉQUENTATION

DEUXIÈME ENFANT

IMPORTANT

Veuillez prendre connaissance du document *Fonctionnement du service de garde, été 2021* avant de remplir cette page.

Veuillez remplir cette section si vous désirez inscrire votre enfant au service de garde estival (de 6h30 à 8h30 et de 16h à 17h30). Nous prenons les inscriptions pour le service de garde, mais, au cours des prochaines semaines, vous recevrez une confirmation si ce service est offert ou non.

Entre : La Municipalité de Val-Alain pour « Service de garde municipal de Val-Alain – terrain de jeux ».

Adresse de correspondance : 648, rue Principale, Val-Alain (Québec) G0S 3H0

Adresse du service : 1200, rue de l'École, Val-Alain (Québec) G0S 3H0

418 744-3222

Et : Le Parent

Dont les informations personnelles sont inscrites à la page précédente

Concernant la garde de l'Enfant :

Dont les informations personnelles sont inscrites à la page précédente

SERVICE DE GARDE RETENU PAR LE PARENT

Utilisateur régulier : Cochez seulement les périodes de fréquentation durant lesquels votre enfant sera présent et inscrivez les heures d'arrivée et de départ lorsqu'applicable.

Heure d'arrivée	Heure de départ	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
_____	_____					
	Matin					
	Après-midi					

DURÉE DU CONTRAT

Le contrat entre en vigueur le (date de la première journée de fréquentation de l'Enfant) | A | A | A | A | M | M | J | J |

et se termine le | A | A | A | A | M | M | J | J | .

SIGNATURES

Par la présente, je déclare avoir lu et compris le document *Règles de fonctionnement du service de garde, été 2021* et qu'il fait partie intégrante du présent contrat.

Le fait de cocher cette case équivaut à la signature du parent.

| A | A | A | A | M | M | J | J |
Date

Signature de la municipalité

Lieu

| A | A | A | A | M | M | J | J |
Date