



Fréquentation

**Frais de 25\$/enfant pour les inscriptions reçues après le 30 mai. Le premier paiement (50%) est exigible au plus tard le 30 mai et le solde est payable au plus tard le 9 juin. Si les dates de paiement ne sont pas respectées, la municipalité ne peut garantir une place à votre enfant.**

Temps plein 195\$/ enfant + les sorties sélectionnées

\*Le terrain de jeux a lieu du 25 juin au 16 août 2024. Le terrain de jeux sera fermé le 1 juillet ainsi que pendant les vacances de la construction, du 22 juillet au 2 août 2024 inclusivement.

**IMPORTANT \* Si votre enfant a des besoins particuliers en accompagnement, veuillez nous contacter au 418 744-3222 et compléter le formulaire d'évaluation des besoins de l'enfant.**

Renseignements sur l'enfant

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nom et prénom 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
Mon enfant doit attendre qu'on vienne le chercher	Oui Non
	*Si vous cochez oui, votre enfant ne pourra pas revenir seul à la maison

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 :
	Oui Non

Nom de la personne à qui doit être remis le Relevé 24

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nom et prénom du parent	NAS
*Il est obligatoire de fournir le NAS pour obtenir un reçu d'impôts.	

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

**\*IMPORTANT\***

Veuillez prendre connaissance du document *Fonctionnement du service de garde, été 2024* avant de remplir cette page, notamment concernant le coût.

Veuillez remplir cette section si vous désirez inscrire votre enfant au service de garde estival (**de 6h30 à 8h30 et de 16h à 17h30**). Il n'est pas possible de prendre le service de garde à la semaine.

<b>Entre :</b>	<b>La Municipalité de Val-Alain pour « Service de garde municipal de Val-Alain – terrain de jeux ».</b> 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
<b>Et :</b>	<b>Le Parent</b> <input style="width: 100%;" type="text"/> Dont les informations personnelles sont inscrites à la page précédente
<b>Concernant la garde de l'Enfant :</b>	<input style="width: 100%;" type="text"/> 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 style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/> <small>Matin</small>					
	<input style="width: 100%;" type="text"/> <small>Après-midi</small>					

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 terrain de jeux et du service de garde 2024* et qu'il fait partie intégrante du présent contrat.

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

Signature de la municipalité	Lieu	<input style="width: 100%;" type="text"/> Date
		<input style="width: 100%;" type="text"/> Date



**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT AU PARTAGE ET  
À LA COMMUNICATION DES RENSEIGNEMENTS SUR L'ENFANT**

**CONSENTEMENT AU PARTAGE DE CERTAINS RENSEIGNEMENTS DE SANTÉ CONCERNANT MON  
(MES) ENFANT (S)**

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_, parent de \_\_\_\_\_,

• donne l'autorisation  — \_\_\_\_\_ (initiales)

• Refuse l'autorisation  - \_\_\_\_\_ (initiales)

Aux personnels suivants, coordonnateurs du Terrain de jeux de Val-Alain, d'accéder aux renseignements et aux documents contenus dans le dossier SCOLAIRE et MÉDICAL de mon enfant lorsque ces renseignements et ces documents sont nécessaires pour assurer la sécurité de mon (mes) enfant(s) durant le camp de jour :

- Les médecins et les autres professionnels de la santé et des services sociaux (tels que les infirmières, les travailleurs sociaux, etc.) du/de la \_\_\_\_\_  
Dans laquelle mon médecin exerce ;
- Les professeurs et les autres membres du personnel de l'école \_\_\_\_\_  
Dans laquelle mon (mes) enfant(s) est inscrit ;

Le présent consentement est valide tant et aussi longtemps que j'aurai recours aux services du terrain de jeux de Val-Alain pour mon enfant. Je comprends également que je peux le retirer par écrit en tout ou en partie, et ce, en tout temps. Je reconnais avoir lu et compris l'information présentée dans ce formulaire et avoir obtenu, le cas échéant, les explications nécessaires à sa compréhension. L'inscription au Camp de jour est conditionnelle à la remise dument complétée de ce document aux responsables du terrain de jeux.

Personne assurée

Mère ou  
père

Tuteur

Mandataire

Curateur

Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_