

TERRAIN DE JEUX 2013- L'ISLE-VERTE

FICHE D'INSCRIPTION

Les informations apparaissant sur cette fiche seront transmises, au besoin, à la personne responsable du terrain de jeux ou à la personne désignée qui pourrait intervenir en cas d'urgence auprès de votre enfant.

Renseignements généraux		Âge : _____ M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Prénom et nom de l'enfant _____		
Jour / mois / année Date de naissance _____	N° d'assurance maladie _____	Expiration _____
_____ et _____		
Identification du père ou tuteur		Identification de la mère ou tutrice
Adresse _____	Ville _____	Code postal _____
Téléphone : Rés. (418) _____, Mère : (418) _____, Père : (418) _____		
J'autorise mon enfant à revenir seul(e) à la maison		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Mon enfant doit attendre qu'on vienne le ou la chercher		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, par qui? _____
_____ Téléphone : Rés. () _____, Travail : () _____		
Identification de la personne		

Autre personne à contacter en cas d'absence des parents		
<i>IMPORTANT : cette personne doit être disponible sur les heures du terrain de jeux</i>		
_____		_____
Prénom et nom de la personne		Lien avec l'enfant
Adresse _____	Ville _____	Code postal _____
Téléphone : Résidence : (418) _____		Travail : (418) _____

Renseignements médicaux		
Afin d'assurer la sécurité de votre enfant, l'organisation doit être informée des problèmes de santé qui peuvent nécessiter une intervention d'urgence au terrain de jeux ou lors d'une sortie. Est-ce que votre enfant présente un tel problème de santé : (allergie sévère à certains aliments ou aux piqûres d'insectes, diabète, asthme ou autre... ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Si oui, lequel : _____		
Médication (nom) : _____	Dose : _____	Combien de fois/jour : _____
Médication (nom) : _____	Dose : _____	Combien de fois/jour : _____
Médication (nom) : _____	Dose : _____	Combien de fois/jour : _____
Autre information importante (saignements de nez, maux de tête, etc.): _____		

Mon enfant sait nager Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Se débrouille avec un gilet de sauvetage <input type="checkbox"/>		

Renseignements psychosociaux		
Votre enfant a-t-il des difficultés d'attention, d'impulsivité, d'agressivité, d'hyperactivité ou autre difficulté? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Si oui, précisez : _____		
Afin de créer un encadrement adapté aux besoins de l'enfant, a-t-il ou a-t-elle a reçu, au cours des 12 derniers mois, un service ou fait l'objet d'un suivi de la part d'un professionnel de la santé à l'école ou du CLSC?		
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> <u>Si oui, précisez le suivi et le nom du professionnel concerné.</u>		
Suivi psychosocial	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	_____ Tél. : _____
		Nom du professionnel
Suivi psychologique	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	_____ Tél. : _____
		Nom du professionnel
Suivi médical	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	_____ Tél. : _____
		Nom du professionnel
Autre suivi : _____		
J'autorise ce(s) dernier(s) à communiquer les renseignements désirés à la direction du terrain de jeux (ou toute personne désignée par celle-ci) Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		

En cas d'accident ou de maladie, j'autorise la personne responsable de l'activité à faire assurer à mon enfant les soins chirurgicaux et médicaux nécessaires. Il est entendu que je serai avisé le plus tôt possible s'il advenait un problème de quelque nature qu'il soit, pouvant affecter la santé de mon enfant.

Signature du parent ou tuteur Nom en lettres moulées Date

**TERRAIN DE JEUX 2013- L'ISLE-VERTE
FICHE D'INSCRIPTION**

INSCRIPTION POUR LES 8 SEMAINES DE TERRAIN DE JEUX. LE TARIF COMPREND LE T-SHIRT MAIS LES SORTIES SPÉCIALES NE SONT PAS COMPRISES. PAYABLE PAR CHÈQUE OU EN ARGENT COMPTANT AU NOM DE LA MUNICIPALITÉ DE L'ISLE-VERTE.

1^{er} enfant de la famille → 100.00 \$ Chèque

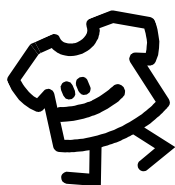
2^e enfant d'une même famille → 90.00 \$ Comptant

3^e enfant d'une même famille → 90.00 \$

Total : _____

NOM DE L'ENFANT OU DES ENFANTS	ÂGE	GRANDEUR DU T-SHIRT
--------------------------------	-----	---------------------

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____



(P) → Petit (6-8)

(M) → Moyen (10-12)

(G) → Grand (14-16)

(TG) → Très grand

SIGNATURE DU PARENT OU TUTEUR

DATE