

# TERRAIN DE JEUX 2014- 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.

<b>Renseignements généraux</b>		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		

<b>Autre personne à contacter en cas d'absence des parents</b>		
<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) _____

<b>Renseignements médicaux</b>		
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. <b>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... ?</b> 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"/>		

<b>Renseignements psychosociaux</b>		
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"/> <b><u>Si oui, précisez le suivi et le nom du professionnel concerné.</u></b>		
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 : _____		
<b>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)</b> 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 2014- L'ISLE-VERTE

## FICHE D'INSCRIPTION



### DEMANDE D'AUTORISATION PARENTALE POUR LA PRISE DE PHOTOS

Pendant la période du terrain de jeux, nous aimerions prendre des photos de vos enfants, afin d'immortaliser les belles activités qu'ils vivront tout au long de l'été et leur créer un beau souvenir.

\_\_\_\_\_ J'autorise que mon enfant soit photographié.

\_\_\_\_\_ Je n'autorise pas que mon enfant soit photographié.

### PAIEMENT

*Payable en argent ou par chèque libellé au nom de la Municipalité de L'Isle-Verte.*

*\*\* Les chèques postdatés doivent être datés au plus tard le 25 juin 2014.*

#### Tarif pour la saison :

*8 semaines de terrain de jeux incluant le t-shirt de terrain de jeux. Excluant les sorties spéciales.*

1 <sup>er</sup> enfant de la famille	→	120,00 \$
2 <sup>e</sup> enfant d'une même famille	→	100,00 \$
3 <sup>e</sup> enfant d'une même famille	→	100,00 \$

#### Tarif à la semaine :

*Excluant les sorties spéciales.*

35,00\$ x nombre de semaines → \_\_\_\_\_

#### Nouveau : les mardis thématiques

*Incluant le t-shirt de terrain de jeux.*

1 journée/semaine pour 8 semaines → 56,00 \$

Chèque

Comptant

TOTAL \_\_\_\_\_

### COMMANDE DE T-SHIRTS

Nom de l'enfant ou des enfants :

Âge :

Grandeur :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

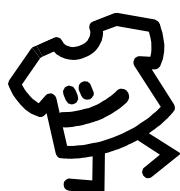
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



(P) → Petit (6-8)

(M) → Moyen (10-12)

(G) → Grand (14-16)

(TG) → Très grand

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

\_\_\_\_\_  
Date