

TYPE DE GARDE : Père et mère Mère Père Partagée Tuteur

RENSEIGNEMENTS – MÈRE OU TUTEUR (ces champs sont obligatoires)

PRÉNOM		NOM DE FAMILLE	
ADRESSE		APP.	
VILLE		CODE POSTAL	
TÉLÉPHONE (RÉSIDENCE)	TÉLÉPHONE (TRAVAIL)	CELLULAIRE	
COURRIEL			

RENSEIGNEMENTS – PÈRE (ces champs sont obligatoires)

PRÉNOM		NOM DE FAMILLE	
ADRESSE		APP.	
VILLE		CODE POSTAL	
TÉLÉPHONE (RÉSIDENCE)	TÉLÉPHONE (TRAVAIL)	CELLULAIRE	
COURRIEL			

RENSEIGNEMENTS POUR LE SERVICE DE GARDE

CAMP DE JOUR : Matin (6 h 30 à 8 h 30) • Soir (16 h à 17 h 30)

Mon enfant fréquentera le Service de garde le **matin** : Oui Non

Si oui, précisez l'heure d'arrivée :

Mon enfant fréquentera le Service de garde le **soir** : Oui Non

Si oui, précisez l'heure du départ :

Mon enfant fréquentera le **SDG Extra** (16 h à 17 h 30) : Oui Non

Si oui, encerclez à quelle(s) semaine(s) : 1 2 3 4 5 6 7 8

Mon enfant est autorisé à quitter **SEUL** en fin de journée : Oui Non

Si oui, précisez l'heure de son départ :

CAMPS SPÉCIALISÉS : Matin (dès 7 h) • Soir (jusqu'à 17 h)

Mon enfant fréquentera le Service de garde le **matin** : Oui Non

Si oui, précisez l'heure d'arrivée :

Mon enfant fréquentera le Service de garde le **soir** : Oui Non

Si oui, précisez l'heure du départ :

Mon enfant est autorisé à quitter **SEUL** en fin de journée : Oui Non

Si oui, précisez l'heure de son départ :

PERSONNES AUTORISÉES • En incluant le nom des parents ou du tuteur, indiquez le nom de toutes les personnes susceptibles de venir chercher l'enfant.

PRÉNOM ET NOM	LIEN AVEC L'ENFANT	TÉLÉPHONE (RÉPONSE RAPIDE)
PRÉNOM ET NOM	LIEN AVEC L'ENFANT	TÉLÉPHONE (RÉPONSE RAPIDE)
PRÉNOM ET NOM	LIEN AVEC L'ENFANT	TÉLÉPHONE (RÉPONSE RAPIDE)
PRÉNOM ET NOM	LIEN AVEC L'ENFANT	TÉLÉPHONE (RÉPONSE RAPIDE)

EN AUCUN CAS, VOUS NE DEVEZ LAISSER PARTIR MON ENFANT AVEC : _____ sur ordre de la Cour.

- Je m'engage à informer la direction du Camp par un avis écrit de toute modification à la liste de personnes autorisées à venir chercher l'enfant.
- Je m'engage à informer la direction du Camp, si un jugement est rendu par la Cour concernant les titulaires de l'autorité parentale au sujet de l'enfant.
- En tant que parent signataire, je consens à ce que tous les renseignements contenus dans cette fiche soient divulgués à l'autre parent titulaire de l'autorité parentale.
- Je confirme que les renseignements fournis sont exacts.

SIGNATURE DU TITULAIRE DE L'AUTORITÉ PARENTALE

LIEN AVEC L'ENFANT

DATE DE LA SIGNATURE

RENSEIGNEMENTS POUR FIN D'IMPÔT (RELEVÉ 24)

NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE EXIGÉ PAR LE MINISTÈRE DU REVENU.

Je désire que le reçu d'impôt soit émis à mon nom, et ce, pour la totalité des frais admissibles (100 %)

Je désire que les frais admissibles au reçu d'impôt soient partagés avec l'autre parent :

NOM DU PARENT : _____ NO. ASSURANCE SOCIALE : _____

NOM DU PARENT 1 : _____ (_____ %) NO. ASSURANCE SOCIALE : _____

NOM DU PARENT 2 : _____ (_____ %) NO. ASSURANCE SOCIALE : _____

PRÉNOM DE L'ENFANT	NOM DE FAMILLE DE L'ENFANT	ÂGE AU 30 SEPTEMBRE 2019	DATE DE NAISSANCE J / M / A	SEXE F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
--------------------	----------------------------	--------------------------	--------------------------------	---

NOM DU PARENT À CONTACTER EN PREMIER LIEU	TÉLÉPHONE (RÉPONSE RAPIDE)	NUMÉRO ASSURANCE MALADIE	EXPIRATION A / M
---	----------------------------	--------------------------	---------------------

PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE (autres que les parents)		NOM DU MÉDECIN DE FAMILLE	TÉLÉPHONE
---	--	---------------------------	-----------

NOM DE LA PERSONNE	LIEN AVEC L'ENFANT	TÉLÉPHONE (RÉPONSE RAPIDE)
NOM DE LA PERSONNE	LIEN AVEC L'ENFANT	TÉLÉPHONE (RÉPONSE RAPIDE)

INTERVENTION CHIRURGICALE	
Votre enfant a-t-il déjà subi une intervention chirurgicale?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<i>Si oui, précisez :</i>	

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX DE L'ENFANT	
Votre enfant a-t-il des problèmes de santé? <i>Si oui, précisez :</i>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Votre enfant a-t-il des allergies alimentaires? <i>Si oui, précisez :</i>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Votre enfant a-t-il des allergies aux médicaments? <i>Si oui, précisez :</i>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Epipen, Ana-Kit), en raison de ses allergies?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Votre enfant prend-t-il des médicaments? <i>Si oui, précisez :</i>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
De façon régulière <input type="checkbox"/> Au besoin <input type="checkbox"/>	
Nom du médicament prescrit :	_____
Posologie :	_____
Horaire d'administration :	_____
Autres spécifications :	_____
Votre enfant présente-t-il des troubles de comportement? <i>Si oui, précisez :</i>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Votre enfant porte-t-il des prothèses (visuelles, auditives, etc.)? <i>Si oui, précisez :</i>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Votre enfant sait-il nager adéquatement? <i>Si non, devra-t-il porter une veste de flottaison?</i>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Votre enfant mange-t-il normalement? <i>Si non, précisez :</i>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Y a-t-il d'autres informations à connaître? Précisez-les ici :	

AUTORISATIONS PARENTALES	
SI VOUS ÊTES EN ACCORD AVEC LES ÉNONCÉS SUIVANTS, INSCRIVEZ VOS INITIALES À L'ENDROIT APPROPRIÉ :	
• J'autorise la Ville de Montmagny à utiliser, à des fins promotionnelles uniquement, des photos ou des vidéos dans lesquelles pourraient apparaître mon enfant.	_____ Initiales
• J'autorise mon enfant à prendre l'autobus lors des activités spéciales, des sorties à l'extérieur ou de déplacements imprévus.	_____ Initiales
• Je m'engage à collaborer et à participer à une rencontre avec la direction du Camp si le comportement de mon enfant nuit au bon déroulement des activités.	_____ Initiales
• Si mon enfant doit prendre des médicaments durant le camp, je m'engage à remplir le formulaire d'autorisation de prise de médicament, à mon arrivée au Camp, afin que les responsables puissent les administrer adéquatement.	_____ Initiales
• J'autorise les responsables et les animateurs du Camp à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Si la direction le juge nécessaire, je l'autorise à transporter mon enfant par ambulance ou autrement dans un établissement hospitalier.	_____ Initiales
• Je m'engage à transmettre à la direction du Camp toute modification pouvant survenir au cours de l'été concernant l'état de santé de mon enfant.	_____ Initiales
• Veuillez prendre note que toutes les informations concernant l'état de santé de votre enfant demeureront confidentielles. Elles seront transmises uniquement à son(ses) animateur(s) et à la direction afin de permettre un meilleur encadrement et une intervention plus efficace en cas d'urgence.	_____ Initiales
SI VOTRE ENFANT A UNE DOSE D'ADRÉLANINE À SA DISPOSITION	
Par la présente, j'autorise les personnes désignées par le Camp à administrer à mon enfant, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline de type :	

SIGNATURE DU PARENT	

Je confirme que les renseignements fournis sont exacts et que j'ai lu et compris toutes les autorisations parentales requises.

SIGNATURE DU TITULAIRE DE L'AUTORITÉ PARENTALE	LIEN AVEC L'ENFANT	DATE DE LA SIGNATURE
--	--------------------	----------------------