

Formulaire d'informations complémentaires Camp de jour - Les Ateliers-Soleil

Camp de jour :

Groupe d'âge :

Veuillez remplir ce formulaire et le transmettre par courriel
aux atelierssoleilanjou@ville.montreal.qc.ca ou
le déposer au Centre communautaire d'Anjou.

Renseignements sur le participant

N° de carte de citoyen (bibliothèque)		Expiration aaaa-mm	Nom	Prénom
Sexe F M	Date de naissance aaaa-mm-jj		Téléphone – résidence	Langue principale Français Anglais
Adresse			App	Code postal

Renseignements sur le parent payeur pour le relevé 24

N° de carte de citoyen (bibliothèque)	Lien avec le participant	Nom	Prénom
Adresse électronique		Téléphone – résidence	Téléphone – travail
Téléphone – cellulaire	Langue Français Anglais		NAS pour le relevé 24 *

Si différente du participant

Adresse	App	Code postal
---------	-----	-------------

** Sans cette information, aucun relevé ne sera émis.*

Fiche médicale du participant

A-t-il des problèmes de santé ? Aucun Asthme..... Diabète..... Épilepsie Hyperactivité – TDAH..... Limitations fonctionnelles Troubles spectre de l'autisme TED Trouble auditif Trouble de comportement	A-t-il des allergies ? Aucun Allergies saisonnières Animaux Arachides Noix Œufs Piqûre d'insecte Utilise un auto-injecteur d'épinéphrine	Autre Prend-il des médicaments ? Oui Non Si oui, veuillez en aviser le responsable du camp.
Autre	Autre	

Informations sur l'inscription au camp - cochez les cases des semaines inscrites

# Sem	Semaine	Camp	Service de garde
Sem 1:	2 au 6 juillet		
Sem 2:	9 au 13 juillet		
Sem 3:	16 au 20 juillet		
Sem 4:	23 au 27 juillet		
Sem 5:	30 juillet au 3 août		
Sem 6:	6 au 10 août		
Sem 7:	13 au 17 août		

Formulaire d'informations complémentaires Camp de jour - Les Ateliers-Soleil

Autres informations

Le participant sait-il nager ?		
Grandeur de chandail		
J'autorise le personnel à appliquer de la crème solaire à mon enfant.	Oui	Non
J'autorise le camp de jour à communiquer avec moi par courriel.	Oui	Non

Autre parent ou tuteur

Nom	Lien	Téléphone
-----	------	-----------

Autres personnes à joindre en cas d'urgence

Nom	Lien	Téléphone
Nom	Lien	Téléphone

Procédure de contrôle des départs

J'autorise mon enfant à quitter le camp, par lui-même, à la fin des activités.			Oui	Non
Seule une personne autorisée peut venir chercher le participant. Au besoin, j'autorise la ou les personnes suivantes à venir chercher mon enfant				
Nom	Lien	Téléphone		
Nom	Lien	Téléphone		

Si des modifications au sujet de 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 camp de jour qui fera le suivi approprié avec l'animateur de mon enfant.

J'autorise le personnel du camp à administrer les premiers soins de base et à agir en mon nom en cas d'urgence. Le cas échéant, le coût du transport en ambulance sera assumé par les parents.

Je m'engage à collaborer avec la direction du camp de jour et à venir la rencontrer si le comportement de mon enfant nuit au bon déroulement des activités et je suis conscient que si la situation problématique ne se résout pas, mon enfant pourrait en tout temps être renvoyé du camp du jour.

Signature d'un parent	Date : aaaa-mm-jj
-----------------------	-------------------

Votre nom dactylographié sera considéré comme une signature.