**FICHE D’INSCRIPTION – Semaine de relâche 2020**

|  |
| --- |
| **PARTICIPANT**  |
| Nom de l’enfant: |  |
| Prénom de l’enfant : |  |
| Date de naissance : | Année/mois/jour | Année scolaire complétée :  |  |
| N° Ass. maladie : |  | Expiration : |  |

|  |
| --- |
| **VOTRE ENFANT SOUFFRE-T-IL (ELLE) ?** |
|  | **NON** | **OUI** | **PRÉCISIONS (TRAITEMENTS À ADMINISTRER, FRÉQUENCE, ETC.)** |
| Allergies |  |  |  |
| Asthme |  |  |  |
| Autres |  |  |  |

Au meilleur de notre connaissance, notre enfant est en bonne santé et n’a été exposé à aucune maladie contagieuse dans au cours de quatre (4) dernières semaines. S’il le devient entre aujourd’hui et la période du camp, nous nous engageons à en prévenir les responsables.

|  |
| --- |
| **PERSONNES À REJOINDRE EN CAS D’URGENCE** |
| Nom du père : |  | Tél. : |  |
| Nom de la mère : |  | Tél. : |  |
| Adulte autre que le père ou la mère : |  | Tél. : |  |
| Lien avec la famille : |  |

**DÉPART DE L’ENFANT :** À la fin de chaque journée, l’enfant quittera le site : par lui-même

|  |
| --- |
|  Toute autre personne, incluant les parents. |
| **NOM** | **LIEN AVEC LA FAMILLE** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

*Tout changement à cette liste doit être communiquée le plus rapidement possible à l’accueil du camp Céleste*

Besoins particuliers de votre enfant qui nécessitent une attention spécifique, y compris les troubles de l’attention et du comportement :

|  |
| --- |
|  |

Activités contre-indiquées : Énumérez toutes les activités auxquelles l’enfant ne peut s’adonner :

|  |
| --- |
|  |

Est-ce que votre enfant doit porter une veste de flottaison en eau profonde ? Oui Non

**AUTORISATION PHOTO**

J’autorise mon enfant à être filmé(e) et photographié(e) dans le cadre du camp Céleste. *Ces photos sont prises lors des grandes activités, les grandes sorties, les activités au camp.* Je comprends que ces images seront utilisées par Centre ESPOIR Québec (camp de jour) et ses partenaires afin de promouvoir les activités de loisir, de faire la formation ou pour toutes autres usages. J’autorise Centre Espoir Québec (camp de jour) à procéder à la diffusion des images tournées, et ce sans restriction, par tous les modes de diffusion, sans aucune limitation de durée ou de lieux. Oui Non

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TARIFS** | TARIF À LA SEMAINE | TARIF À LA JOURNÉE |
|
| Du 2 au 6 mars 2020 | 75 $ | 18 $ |

Veuillez mettre un X dans les cases correspondant à votre choix d’inscription.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **INSCRIPTION** | **Votre choix** | **Si par jour, quels jours** |
| Par semaine (75$) |  |  |
| Par jour (18$) |  |  |

**FICHE D’INFORMATION – Semaine de relâche 2020**

|  |  |
| --- | --- |
| Adresse courriel du père : | À noter que plusieurs informations importantes circuleront via cet outil. En inscrivant votre adresse courriel, vous autorisez le camp Céleste à vous contacter concernant le programme de camp de jour. |
| Adresse courriel de la mère : |
| Adresse : |  |
| Ville : |  | Code postal : |  |

|  |
| --- |
| **RELEVÉ 24** |
| Nom et prénom du payeur : |  |
| Numéro d’assurance sociale du payeur : |  | Adresse courriel du payeur : |  |
| Je refuse de divulguer mon numéro d’assurance sociale. Je comprends que je ne recevrai pas de relevé 24. |  |
| Signature |

**Payable en argent comptant ou par chèque à Centre Espoir Québec.**

J’ai pris connaissance des politiques d’inscription,

de transfert et de remboursement. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Signature du parent Date (aa/mm/jj)

**AUTORISATION DES PARENTS**

En signant, j’autorise le camp Céleste et/ou toute personne autorisée par le camp Céleste à prodiguer tous les soins nécessaires. J’autorise également le camp Céleste à transporter mon enfant, par ambulance ou autrement, dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire si elle le juge nécessaire. De plus, s’il est impossible de nous rejoindre, j’autorise le médecin choisi par le camp Céleste à prodiguer à mon enfant tous les soins médicaux requis par son état, y compris la pratique d’une intervention chirurgicale, des injections, l’anesthésie et l’hospitalisation.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Signature du parent Date (aa/mm/jj)

**RÈGLEMENTS – Semaine de relâche 2020**

+ Veuillez noter que chaque enfant doit apporter son déjeuner, son diner, son dessert et ses collations.

+ Veuillez fournir assez de nourriture pour votre enfant. (On a remarqué que certains enfants finissent toute leur nourriture au déjeuner et n’ont plus rien à manger pour diner)

+ Veuillez aviser votre enfant qu’il ne doit pas apporter de jeux personnels de la maison.

+ Rappelez à votre enfant de toujours suivre l’horaire et les règles du camp et de coopérer pour le succès du camp.

+ Veuillez aviser votre enfant que tout irrespect envers son moniteur ou tout autre enfant ne sera pas accepté.

+ Veuillez noter que les parents ne doivent pas rester avec leur enfant à moins qu’ils aient une responsabilité dans le camp. Toute responsabilité ou présence durant le camp devrait être communiqué avec madame Nevine Rizk.

+ À la fin de la journée, aucun enfant ne doit rester à l’église pour participer à d’autres activités.

+ Veuillez s.v.p. être PONCTUEL le soir (le personnel a aussi une famille et a besoin de repos !) Aucune excuse acceptée. Des frais de 5$ seront appliqués par tranche de 10 minutes de retard.

+ Chaque enfant doit partir avec ses parents. Si un enfant doit partir avec quelqu’un d’autre, les parents doivent aviser le moniteur en avance.

J’ai lu et j’accepte les règles du camp de la semaine de relâche. Je suis au courant que toute infraction de ses règles résultera en un avertissement et qu’après trois avertissements, le camp Céleste se réserve le droit d’exclure l’enfant du camp Céleste.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Signature du parent Date (aa/mm/jj)