



Fréquentation

Frais de 25\$/enfant pour les inscriptions reçues après le 30 mai. Le premier paiement (50%) est exigible au plus tard le 30 mai et le solde est payable au plus tard le 9 juin. Si les dates de paiement ne sont pas respectées, la municipalité ne peut garantir une place à votre enfant.

Temps plein 195\$/enfant + les sorties

*Le terrain de jeux a lieu du 25 juin au 16 août 2024. Le terrain de jeux sera fermé le 1 juillet ainsi que pendant les vacances de la construction, du 22 juillet au 2 août 2024 inclusivement.

IMPORTANT * Si votre enfant a des besoins particuliers en accompagnement, veuillez nous contacter au 418 744-3222 et compléter le formulaire d'évaluation des besoins de l'enfant.

Renseignements du premier enfant

Prénom et nom de l'enfant				Âge	Année scolaire										
A	A	A	A	M	M	J	J			A	A	A	A	M	M
Date de naissance				No d'assurance maladie				Date d'expiration							

Renseignements sur les parents

Nom du père				Nom de la mère			
Adresse				Adresse			
Ville		Code postal		Ville		Code postal	
Téléphone cellulaire		Téléphone travail		Téléphone cellulaire		Téléphone travail	
Adresse courriel				Adresse courriel			
Mon enfant doit attendre qu'on vienne le chercher				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <small>*Si vous cochez oui, votre enfant ne pourra pas revenir seul à la maison</small>			

Autre personne à contacter en cas d'absence des parents

Prénom et nom				Lien avec l'enfant			
Adresse				Ville		Code postal	
Téléphone cellulaire		Téléphone travail		J'autorise également cette personne à venir chercher mon enfant en fin de journée : Oui Non			

Nom de la personne à qui doit être remis le Relevé 24

Nom		Prénom				NAS			
-----	--	--------	--	--	--	-----	--	--	--

*Il est obligatoire de fournir le NAS pour produire le relevé 24.



Fréquentation

IMPORTANT * Si votre enfant a des besoins particuliers en accompagnement, veuillez nous contacter au 418 744-3222 et compléter le formulaire d'évaluation des besoins de l'enfant.

Renseignements du deuxième enfant

Prénom et nom de l'enfant				Âge	Année scolaire
Date de naissance		No d'assurance maladie	Date d'expiration		

Renseignements sur les parents

Nom du père		Nom de la mère	
Adresse		Adresse	
Ville	Code postal	Ville	Code postal
Téléphone cellulaire	Téléphone travail	Téléphone cellulaire	Téléphone travail
Adresse courriel		Adresse courriel	
Mon enfant doit attendre qu'on vienne le chercher		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <small>*Si vous cochez oui, votre enfant ne pourra pas revenir seul à la maison</small>	

Autre personne à contacter en cas d'absence des parents

Prénom et nom		Lien avec l'enfant	
Adresse		Ville	Code postal
Téléphone cellulaire	Téléphone travail	J'autorise également cette personne à venir chercher mon enfant en fin de journée : Oui Non	

Nom de la personne à qui doit être remis le Relevé 24

Nom	Prénom	NAS
-----	--------	-----

*Il est obligatoire de fournir le NAS pour produire le relevé 24.

Renseignements généraux sur l'enfant			
<input style="width: 95%;" type="text"/> Nom de l'enfant	<input style="width: 95%;" type="text"/> Prénom de l'enfant		
<input style="width: 95%;" type="text"/> Adresse	<input style="width: 60%;" type="text"/> Ville	<input style="width: 30%;" type="text"/> Code postal	
<input style="width: 100%;" type="text"/> Téléphone	<input style="width: 60%;" type="text"/> Date de naissance	<input style="width: 30%;" type="text"/> Âge	
Sexe F M	<input style="width: 60%;" type="text"/> No assurance-maladie	<input style="width: 30%;" type="text"/> Date d'expiration	
En cas d'urgence			
Personne à joindre en cas d' urgence :			
Père et mère	Mère	Père	Tuteur
Deux autres personnes à joindre en cas d' urgence :			
<input style="width: 95%;" type="text"/> Prénom et nom	<input style="width: 95%;" type="text"/> Prénom et nom		
<input style="width: 95%;" type="text"/> Lien avec l'enfant	<input style="width: 95%;" type="text"/> Lien avec l'enfant		
<input style="width: 25%;" type="text"/> Téléphone cellulaire	<input style="width: 25%;" type="text"/> Téléphone (autre)	<input style="width: 25%;" type="text"/> Téléphone cellulaire	<input style="width: 25%;" type="text"/> Téléphone (autre)
Personnes autorisées à venir chercher mon enfant			
<input style="width: 95%;" type="text"/>		<input style="width: 95%;" type="text"/>	
<input style="width: 95%;" type="text"/>		<input style="width: 95%;" type="text"/>	
<input style="width: 95%;" type="text"/>		<input style="width: 95%;" type="text"/>	
Médicaments*			
Votre enfant prend-il des médicaments? Oui Non			
Si oui, noms des médicaments : <input style="width: 95%;" type="text"/>			
Posologie : <input style="width: 95%;" type="text"/>			
Les prend-il lui-même? Oui Non Précisez : <input style="width: 95%;" type="text"/>			

***Si votre enfant doit prendre des médicaments,** vous devrez, à votre arrivée au camp de jour, remplir un formulaire *Politique d'administration de médicaments* d'autorisation de prise de médicament afin que les responsables puissent distribuer le médicament prescrit à votre enfant

Allergies

Votre enfant a-t-il des allergies?

Fièvre des foins	Oui	Non
Herbe à puce	Oui	Non
Piqûres d'insecte	Oui	Non
Animaux*	Oui	Non
Médicaments*	Oui	Non
Allergies alimentaires*	Oui	Non

*Précisez :

Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (EpiPen, Ana-Kit) en raison de ses allergies?

Oui Non

À SIGNER SI VOTRE ENFANT A UNE DOSE D'ADRÉNALINE

Par la présente, j'autorise les personnes désignées par le service de garde de la Municipalité de Val-Alain à administrer, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline _____ à mon enfant.

Le fait de cocher cette case équivaut à la signature du parent.

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Date

En cas d'urgence, j'autorise la direction du terrain de jeux (ou toute personne désignée par celle-ci) à prendre les dispositions nécessaires.

Le fait de cocher cette case équivaut à la signature du parent.

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Date

Autres informations pertinentes

Votre enfant sait-il nager? Oui Non

Votre enfant a-t-il besoin de flotteurs, ballon dorsal, veste de flottaison? Oui Non

Y a-t-il des activités auxquelles votre enfant ne peut pas participer ou seulement moyennant certaines conditions? Oui Non

Si oui, expliquez :

Autorisation des parents

- Étant donné que le service de garde et le terrain de jeux de la Municipalité de Val-Alain prendront des photos et/ou vidéos au cours des activités de mon enfant, je les autorise à se servir de ce matériel en tout ou en partie à des fins promotionnelles. Tout le matériel utilisé demeurera la propriété du service de garde et du terrain de jeux de la Municipalité de Val-Alain.
- Si des modifications concernant 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 service de garde et du terrain de jeux, qui fera le suivi approprié avec l'animateur de mon enfant.
- En signant la présente, j'autorise le service de garde ainsi que le terrain de jeux de la Municipalité de Val-Alain à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Si la direction du service de garde et du terrain de jeux de la Municipalité de Val-Alain le juge nécessaire, je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire.
- Je m'engage à collaborer avec la direction du service de garde et du terrain de jeux de la Municipalité de Val-Alain et à venir la rencontrer si le comportement de mon enfant nuit au bon déroulement des activités.

Le fait de cocher cette case équivaut à la signature du parent.

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Date



Fiche santé – deuxième enfant

Renseignements généraux sur l'enfant			
<input style="width: 95%;" type="text"/> Nom de l'enfant	<input style="width: 95%;" type="text"/> Prénom de l'enfant		
<input style="width: 95%;" type="text"/> Adresse	<input style="width: 70%;" type="text"/> Ville	<input style="width: 20%;" type="text"/> Code postal	
<input style="width: 100%;" type="text"/> Téléphone	<input style="width: 70%;" type="text"/> Date de naissance	<input style="width: 20%;" type="text"/> Âge	
Sexe F M	<input style="width: 100%;" type="text"/> No assurance-maladie	<input style="width: 100%;" type="text"/> Date d'expiration	

En cas d'urgence			
Personne à joindre en cas d' urgence :			
Père et mère	Mère	Père	Tuteur
Deux autres personnes à joindre en cas d' urgence :			
<input style="width: 95%;" type="text"/> Prénom et nom	<input style="width: 95%;" type="text"/> Prénom et nom		
<input style="width: 95%;" type="text"/> Lien avec l'enfant	<input style="width: 95%;" type="text"/> Lien avec l'enfant		
<input style="width: 100%;" type="text"/> Téléphone cellulaire	<input style="width: 100%;" type="text"/> Téléphone (autre)	<input style="width: 100%;" type="text"/> Téléphone cellulaire	<input style="width: 100%;" type="text"/> Téléphone (autre)

Personnes autorisées à venir chercher mon enfant	
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>

Médicaments*	
Votre enfant prend-il des médicaments?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, noms des médicaments : <input style="width: 95%;" type="text"/>	
Posologie : <input style="width: 95%;" type="text"/>	
Les prend-il lui-même?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Précisez : <input style="width: 95%;" type="text"/>

*Si votre enfant doit prendre des médicaments, vous devrez, à votre arrivée au camp de jour, remplir un formulaire **Politique d'administration de médicaments** d'autorisation de prise de médicament afin que les responsables puissent distribuer le médicament prescrit à votre enfant

Allergies

Votre enfant a-t-il des allergies?

Fièvre des foins	Oui	Non
Herbe à puce	Oui	Non
Piqûres d'insecte	Oui	Non
Animaux*	Oui	Non
Médicaments*	Oui	Non
Allergies alimentaires*	Oui	Non

*Précisez :

Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (EpiPen, Ana-Kit) en raison de ses allergies?

Oui Non

À SIGNER SI VOTRE ENFANT A UNE DOSE D'ADRÉNALINE

Par la présente, j'autorise les personnes désignées par le service de garde de la Municipalité de Val-Alain à administrer, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline _____ à mon enfant.

Le fait de cocher cette case équivaut à la signature du parent.

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Date

En cas d'urgence, j'autorise la direction du terrain de jeux (ou toute personne désignée par celle-ci) à prendre les dispositions nécessaires.

Le fait de cocher cette case équivaut à la signature du parent.

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Date

Autres informations pertinentes

Votre enfant sait-il nager? Oui Non

Votre enfant a-t-il besoin de flotteurs, ballon dorsal, veste de flottaison? Oui Non

Y a-t-il des activités auxquelles votre enfant ne peut pas participer ou seulement moyennant certaines conditions? Oui Non

Si oui, expliquez :

Autorisation des parents

- Étant donné que le service de garde et le terrain de jeux de la Municipalité de Val-Alain prendront des photos et/ou vidéos au cours des activités de mon enfant, je les autorise à se servir de ce matériel en tout ou en partie à des fins promotionnelles. Tout le matériel utilisé demeurera la propriété du service de garde et du terrain de jeux de la Municipalité de Val-Alain.
- Si des modifications concernant 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 service de garde et du terrain de jeux, qui fera le suivi approprié avec l'animateur de mon enfant.
- En signant la présente, j'autorise le service de garde ainsi que le terrain de jeux de la Municipalité de Val-Alain à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Si la direction du service de garde et du terrain de jeux de la Municipalité de Val-Alain le juge nécessaire, je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire.
- Je m'engage à collaborer avec la direction du service de garde et du terrain de jeux de la Municipalité de Val-Alain et à venir la rencontrer si le comportement de mon enfant nuit au bon déroulement des activités.

Le fait de cocher cette case équivaut à la signature du parent.

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Date



Terrain de jeux 2024

Service de garde estival - Contrat de fréquentation Premier enfant

IMPORTANT

Veillez prendre connaissance du document *Fonctionnement du service de garde, été 2024* avant de remplir cette page, notamment concernant le coût.

Veillez remplir cette section si vous désirez inscrire votre enfant au service de garde estival (de 6h30 à 8h30 et de 16h à 17h30). Il n'est pas possible de prendre le service de garde à la semaine.

Entre : La Municipalité de Val-Alain pour « Service de garde municipal de Val-Alain – terrain de jeux ».

Adresse de correspondance : 648, rue Principale, Val-Alain (Québec) G0S 3H0

Adresse du service : 1200, rue de l'École, Val-Alain (Québec) G0S 3H0

418 744-3222

Et : Le Parent

Dont les informations personnelles sont inscrites à la page précédente

Concernant la garde de l'Enfant :

Dont les informations personnelles sont inscrites à la page précédente

Service de garde retenu par le Parent

Utilisateur régulier : Cochez seulement les périodes de fréquentation durant lesquels votre enfant sera présent et inscrivez les heures d'arrivée et de départ lorsqu'applicable.

Heure d'arrivée	Heure de départ	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
<input type="text"/>	<input type="text"/> Matin					
	<input type="text"/> Après-midi					

Durée du contrat

Le contrat entre en vigueur le (date de la première journée de fréquentation de l'Enfant)

et se termine le .

Signatures

Par la présente, je déclare avoir lu et compris le document *Règles de fonctionnement du terrain de jeux et du service de garde 2024* et qu'il fait partie intégrante du présent contrat.

Le fait de cocher cette case équivaut à la signature du parent.

Date

Date

Signature de la municipalité

Lieu



Terrain de jeux 2024

Service de garde estival - Contrat de fréquentation

Deuxième enfant

IMPORTANT

Veillez prendre connaissance du document **Fonctionnement du service de garde, été 2024** avant de remplir cette page, notamment concernant le coût.

Veillez remplir cette section si vous désirez inscrire votre enfant au service de garde estival (**de 6h30 à 8h30 et de 16h à 17h30**). Il n'est pas possible de prendre le service de garde à la semaine.

Entre : La Municipalité de Val-Alain pour « Service de garde municipal de Val-Alain – terrain de jeux ».

Adresse de correspondance : 648, rue Principale, Val-Alain (Québec) G0S 3H0
Adresse du service : 1200, rue de l'École, Val-Alain (Québec) G0S 3H0
418 744-3222

Et : Le Parent

Dont les informations personnelles sont inscrites à la page précédente

Concernant la garde de l'Enfant :

Dont les informations personnelles sont inscrites à la page précédente

Service de garde retenu par le Parent

Utilisateur régulier : Cochez seulement les périodes de fréquentation durant lesquels votre enfant sera présent et inscrivez les heures d'arrivée et de départ lorsqu'applicable.

Heure d'arrivée	Heure de départ	Lundi	Mardi	Mercredi	Judi	Vendredi
<input type="text"/>	<input type="text"/> Matin					
	<input type="text"/> Après-midi					

Durée du contrat

Le contrat entre en vigueur le (date de la première journée de fréquentation de l'Enfant)

et se termine le .

Signatures

Par la présente, je déclare avoir lu et compris le document **Règles de fonctionnement du terrain de jeux et du service de garde 2024** et qu'il fait partie intégrante du présent contrat.

Le fait de cocher cette case équivaut à la signature du parent.

Date

Signature de la municipalité

Lieu

Date



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT AU PARTAGE ET À LA COMMUNICATION DES RENSEIGNEMENTS SUR L'ENFANT

CONSENTEMENT AU PARTAGE DE CERTAINS RENSEIGNEMENTS DE SANTÉ CONCERNANT MON (MES) ENFANT (S)

Je soussigné(e), _____, parent de _____,

- donne l'autorisation — _____ (initiales)
- Refuse l'autorisation - _____ (initiales)

Aux personnels suivants, coordonnateurs du Terrain de jeux de Val-Alain, d'accéder aux renseignements et aux documents contenus dans le dossier SCOLAIRE et MÉDICAL de mon enfant lorsque ces renseignements et ces documents sont nécessaires pour assurer la sécurité de mon (mes) enfant(s) durant le camp de jour :

- Les médecins et les autres professionnels de la santé et des services sociaux (tels que les infirmières, les travailleurs sociaux, etc.) du/de la _____
Dans laquelle mon médecin exerce ;
- Les professeurs et les autres membres du personnel de l'école _____
Dans laquelle mon (mes) enfant(s) est inscrit ;

Le présent consentement est valide tant et aussi longtemps que j'aurai recours aux services du terrain de jeux de Val-Alain pour mon enfant. Je comprends également que je peux le retirer par écrit en tout ou en partie, et ce, en tout temps. Je reconnais avoir lu et compris l'information présentée dans ce formulaire et avoir obtenu, le cas échéant, les explications nécessaires à sa compréhension. L'inscription au Camp de jour est conditionnelle à la remise dument complétée de ce document aux responsables du terrain de jeux.

Personne assurée Mère ou père Tuteur Mandataire Curateur

Signature _____

Date _____