



Terrain de jeux été 2018 - Val-Brillant

Formulaire d'inscription

1. Quel type d'inscription désirez-vous?

<input type="checkbox"/> Saison 5 jours/sem. (du 26 juin au 10 août)	<i>Passez à la question 4</i>
<input type="checkbox"/> Saison 3 jours/sem. - Lundi, mardi et mercredi (du 26 juin au 8 août)	<i>Passez à la question 4</i>
<input type="checkbox"/> À la semaine (Notez que cette option sera possible selon les disponibilités)	<i>Passez à la question 2</i>
<input type="checkbox"/> À la journée (Notez que cette option sera possible selon les disponibilités)	<i>Passez à la question 3</i>

2. À la semaine - Veuillez indiquer vos choix de semaines (Plusieurs réponses possibles)

<input type="checkbox"/> Semaine du 26 juin (congé 1 ^{er} juillet)	<input type="checkbox"/> Semaine du 2 juillet	<input type="checkbox"/> Semaine du 9 juillet
<input type="checkbox"/> Semaine du 16 juillet	<input type="checkbox"/> Semaine du 23 juillet	<input type="checkbox"/> Semaine du 30 Juillet
<input type="checkbox"/> Semaine du 6 août	<input type="checkbox"/> Semaine du 13 août **	

****Prendre note que la semaine du 13 août n'est pas comprise dans le prix saison et que nous déciderons avec le nombre d'inscriptions si le terrain de jeux sera ouvert durant cette semaine.**

3. À la journée - Notez les jours et/ou les dates que vous aimeriez avoir

4. Coordonné de vous et votre enfant

<input type="checkbox"/> Masculin	<input type="checkbox"/> Féminin	Âge (au 30 sept. 17)	Année scolaire (en cours)
Date de naissance	No d'assurance maladie	Expiration	
Identification du père ou tuteur		Identification de la mère ou tutrice	
Adresse		Adresse	
Ville	Code postal	Ville	Code postal
Téléphone Résidence		Téléphone Résidence	
Téléphone Travail		Téléphone Travail	
Adresse courriel		Adresse courriel	

5. Personne à contacter en cas d'urgence

****IMPORTANT : cette personne doit être disponible sur les heures du terrain de jeux**

Prénom et nom de la personne	Lien de cette personne avec votre enfant
Adresse	Ville
Téléphone Résidence	Code postal
Téléphone Travail	Téléphone Travail

6. À la fin de la journée (entre 16 h et 17 h)

<input type="checkbox"/> J'autorise mon enfant à revenir seul(e) à la maison (<i>Passez à la question 8</i>)
<input type="checkbox"/> Mon enfant doit attendre qu'on vienne le ou la chercher (<i>Passez à la question 7</i>)

7. Qui doit passer chercher votre enfant? (*Plusieurs réponses possibles*)

<input type="checkbox"/> Père / tuteur
<input type="checkbox"/> Mère / tutrice
<input type="checkbox"/> Personne à contacter en cas d'urgence (telle que nommée plus haut)
<input type="checkbox"/> Autres (spécifiez toutes les personnes svp) :

8. Renseignements médicaux

Votre enfant a-t-il des allergies ?	
Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Si oui, précisez _____
Votre enfant a-t-il en sa possession sa dose d'adrénaline (Épipen, AnaKit) en fonction de ses allergies ?	
Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Souffre t'il (elle) de ?	
Asthme	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Épilepsie	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Diabète	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Autres : _____	
Votre enfant prend-il des médicaments?	
Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Si oui, précisez le nom du médicament _____
P.S. Vous devez avertir la coordonnatrice si votre enfant doit prendre un médicament durant les heures de terrain de jeux.	

9. Afin d'orienter la planification des animateurs, nous aimerions connaître les préférences de vos jeunes. (0 étant sans intérêt et 3 étant très intéressé)

	0	1	2	3		0	1	2	3
Photographie					Basketball				
Dessin, peinture					Course à pied				
Cuisine					Volleyball				
Théâtre, impro					Géocaching				
Écriture					Plantes, arbres				
Soccer					Insectes, petits animaux				
Baseball					Survie, orientation en forêt				
Tennis									

10. Renseignements psychosociaux

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 _____
Votre enfant présente-t-il des problèmes de comportement ?	
Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Si oui, précisez la nature du problème

11. Afin de créer un encadrement adapté aux besoins de l'enfant,

Votre enfant a-t-il 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 ?						
Suivi psychosocial	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	_____	Nom du professionnel	_____	Téléphone
Suivi psychologique	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	_____	Nom du professionnel	_____	Téléphone
Suivi médical	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	_____	Nom du professionnel	_____	Téléphone
Autre suivi	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	_____	Nom du professionnel	_____	Téléphone

12. J'autorise le (les) professionnels, nommés plus haut, à communiquer les renseignements désirés à la direction du terrain de jeux ou du camp de jour (ou toute personne désignée par celle-ci).

Oui Non Non applicable

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

Oui Non

14. J'autorise la Municipalité de Val-Brillant à utiliser des photos prises de mon enfant à des fins publicitaires sans but lucratif (ex : Page FaceBook de la municipalité de Val-Brillant, site internet de la municipalité de Val-Brillant, envois dans les journaux...).

Oui Non

15. Sorties spéciales

J'autorise mon enfant à participer aux sorties organisées dans le cadre des activités du Terrain de jeux;	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
J'autorise mon enfant à circuler en autobus;	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
J'autorise mon enfant à circuler en voiture avec des accompagnateurs désignés par les responsables des activités.	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Nom du parent (Aux fins de reçu d'impôt)

NAS (Aux fins de reçu d'impôt)

Signature

Date d'aujourd'hui