

FICHE D'INSCRIPTION DÉTAILLÉE – TERRAIN DE JEUX DE CACOUNA
ÉTÉ 2015

Les informations apparaissant sur cette fiche seront transmises, au besoin, à la personne responsable du terrain de jeux ou à la personne désignée qui pourrait intervenir en cas d’urgence auprès de votre enfant.

Renseignements de l'enfant

Jour / mois / année

Date de naissance

Nom

Prénom

Âge

N° d'assurance maladie

Expiration

Grandeur de chandail :

Renseignements médicaux et psychosociaux

Afin d’assurer la sécurité de votre enfant, l’organisation doit être informée des problèmes de santé ou de difficultés comportementales qui peuvent nécessiter une intervention d’urgence ou un suivi spécifique.

Est-ce que votre enfant présente un problème de santé : (allergies, diabète, asthme ou autres) ?

Oui

Non

Si OUI, lequel ou lesquels :

Médication (nom) : Dose : Combien de fois par jour :

Votre enfant présente-il des difficultés d’attention, impulsivité, agressivité, hyperactivité ou autre?

Oui

Non

Si oui, précisez :

A-t-il fait l’objet d’un suivi au cours des 12 derniers mois? (Si oui, précisez le suivi et le nom du professionnel concerné)

Oui

Non

Suivi : Médecin : Tél. :

Médication (nom) : Dose : Combien de fois par jour :

Autres informations :

J'autorise ce(ces) dernier(s) à communiquer les renseignements pertinents à la direction du terrain de jeux?

Oui

Non

Renseignements de l'enfant

Jour / mois / année

Date de naissance

Nom

Prénom

Âge

N° d'assurance maladie

Expiration

Grandeur de chandail :

Renseignements médicaux et psychosociaux

Afin d’assurer la sécurité de votre enfant, l’organisation doit être informée des problèmes de santé ou de difficultés comportementales qui peuvent nécessiter une intervention d’urgence ou un suivi spécifique.

Est-ce que votre enfant présente un problème de santé : (allergies, diabète, asthme ou autres) ?

Oui

Non

Si OUI, lequel ou lesquels :

Médication (nom) : Dose : Combien de fois par jour :

Votre enfant présente-il des difficultés d’attention, impulsivité, agressivité, hyperactivité ou autre?

Oui

Non

Si oui, précisez :

A-t-il fait l’objet d’un suivi au cours des 12 derniers mois? (Si oui, précisez le suivi et le nom du professionnel concerné)

Oui

Non

Suivi : Médecin : Tél. :

Médication (nom) : Dose : Combien de fois par jour :

Autres informations :

J'autorise ce(ces) dernier(s) à communiquer les renseignements pertinents à la direction du terrain de jeux?

Oui

Non

Renseignements de l'enfant

Jour / mois / année

Date de naissance

Nom

Prénom

Âge

N° d'assurance maladie

Expiration

Grandeur de chandail :

Renseignements médicaux et psychosociaux

Afin d’assurer la sécurité de votre enfant, l’organisation doit être informée des problèmes de santé ou de difficultés comportementales qui peuvent nécessiter une intervention d’urgence ou un suivi spécifique.

Est-ce que votre enfant présente un problème de santé : (allergies, diabète, asthme ou autres) ?

Oui

Non

Si OUI, lequel ou lesquels :

Médication (nom) : Dose : Combien de fois par jour :

Votre enfant présente-il des difficultés d’attention, impulsivité, agressivité, hyperactivité ou autre?

Oui

Non

Si oui, précisez :

A-t-il fait l’objet d’un suivi au cours des 12 derniers mois? (Si oui, précisez le suivi et le nom du professionnel concerné)

Oui

Non

Suivi : Médecin : Tél. :

Médication (nom) : Dose : Combien de fois par jour :

Autres informations :

J'autorise ce(ces) dernier(s) à communiquer les renseignements pertinents à la direction du terrain de jeux?

Oui

Non

Contact et coordonnées

MèrePère

AdresseVilleCode postal

Téléphones mère : Résidence : (418) Travail : (418) Autre : (418)

Téléphones mère : Résidence : (418) Travail : (418) Autre : (418)

Adresse courriel :

Autre personne à contacter en cas d'urgence :

Nom :Lien avec l'enfant :

Téléphones : Résidence : (418) Travail : (418) Autre : (418)

Consignes sur le départ

Mon enfant doit attendre qu'on vienne le chercher ☐ Oui ☐ Non ☐

Si oui, qui? Tél. :418-

Fréquentation

Mon enfant sera présent au terrain de jeux selon les modalités suivantes :

☐ Temps plein (3 jours et plus / semaine ou 5 semaines et plus)
Il ne fréquentera pas le terrain de jeux aux dates/jours suivants :

☐ Temps partiel (2 jours / semaine ou de 2 à 4 semaines)
Il fréquentera le terrain de jeux les jours de la semaine suivants :
Il sera présent au terrain de jeux les semaines suivantes :

☐ Occasionnel (1 journée / semaine ou moins de 2 semaines)
Il fréquentera le terrain de jeux aux moments suivants :

☐ Journalier (1 journée à l'occasion)
Il fréquentera le terrain de jeux aux moments suivants :

Service de garde

Mon enfant utilisera le service de garde ☐ Oui ☐ Non ☐ Matin ☐ Midi ☐ Soir ☐

Lundi ☐ Mardi ☐ Mercredi ☐ Jeudi ☐ Vendredi ☐ Heure d'arrivée prévue : Heure de départ :

Heures d'opérations du service de garde : 7h15 à 9h – 12h à 13h – 16h à 17h45

Mon enfant utilisera le service de traiteur (doit confirmer la veille avant 18h) ☐ Oui ☐ Non ☐ *Le service ne sera offert que si un minimum de 10 personnes l'utilisent de façon régulière.

Païement

Frais d'inscription : Enfant 1 : \$ + Enfant 2 : \$ + Enfant 3 : \$ = Total : \$

Mode de paiement : Chèque (à l'ordre de Loisirs Kakou) ☐ Argent comptant ☐

* Le service de garde est payable à l'utilisation, à la semaine ou aux deux semaines

Reçus

Je désire recevoir un reçu pour l'inscription au terrain de jeux de mon ou mes enfant(s) ☐ Oui ☐ Non ☐

Je désir recevoir un reçu pour les frais de garde de mon ou mes enfant(s) ☐ Oui ☐ Non ☐

Nom de la personne à qui émettre le reçu :

(Si non spécifié, le ou les reçu(s) sera ou seront émis au nom respectif du ou des parents qui feront les paiements)

En cas d'urgence, j'autorise les employés du terrain de jeux à prendre les dispositions nécessaires. ☐ Oui ☐ Non ☐

J'autorise les responsables du terrain de jeux à photographier mon enfants lors des activités et sorties et à utiliser ces photos dans le cadre d'activités ou publicité du terrain de jeux. ☐ Oui ☐ Non ☐

Signature du parent ou tuteur

Nom en lettres moulées

Date

TARIFS DU TERRAIN DE JEUX – ÉTÉ 2015				
Inscriptions		1 ^{er} enfant	2 ^e enfant	3 ^e enfant
	Temps plein	130\$	100\$	80\$
	Temps partiel	75\$	60\$	50\$
	Occasionnel	40\$	35\$	30\$
	Journalier	5\$		
Service de garde	3\$ pour 1 période / jour - 5\$ / 2 ou 3 périodes / jour (tarif par enfant)			
Traiteur	6\$ / repas complet (plat principal, dessert, breuvage)			
Sorties	Temps plein et partiel = incluses		Occasionnel = 15\$	
Parent accompagnateur	Gratuit ou coût d'entrée de l'endroit visité		Occasionnel = 15\$	