

FICHE D'INSCRIPTION DÉTAILLÉE – TERRAIN DE JEUX DE CACOUNA ÉTÉ 2019 (25 JUIN AU 24 AOÛT)

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

_____ Nom _____ Prénom _____
_____ Jour / mois / année _____
Date de naissance _____ 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

_____ Nom _____ Prénom _____
_____ Jour / mois / année _____
Date de naissance _____ 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

_____ Nom _____ Prénom _____
_____ Jour / mois / année _____
Date de naissance _____ 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

Mère _____ Père _____

Adresse _____ Ville _____ Code postal _____

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

Téléphones père : 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 (5 jours/ semaine pendant les 9 semaines)

Il ne fréquentera pas le terrain de jeux aux dates/jours suivants : _____

Temps partiel (3 jours / semaine pendant 9 semaines)

Il fréquentera le terrain de jeux les jours de la semaine suivants : Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi

Il ne fréquentera pas le terrain de jeux aux dates/jours suivants : _____

Service de garde Mon enfant utilisera le service de garde Oui Non

Temps plein (5 jours/ semaine pendant les 9 semaines)

Temps partiel (3 jours / semaine pendant 9 semaines) Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi

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

Mode de paiement : Chèque (à l'ordre de *Loisirs Kakou inc.*) Argent comptant

Service de garde Frais d'inscription : Enfant 1 : _____ \$ + Enfant 2 : _____ \$ + Enfant 3 : _____ \$ = Total : _____ \$

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

Je désire 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 2019 – 25 JUIN AU 23 AOÛT –

		1 ^{er} enfant	2 ^e enfant	3 ^e enfants
Inscriptions Régulier	Temps Plein (5 jours par semaine et sorties incluses)	175\$	150\$	125\$
	Temps Partiel (3 jours par semaine et sorties incluses)	120\$	110\$	100\$
Services de garde	Temps Plein (5 jours par semaine)	150\$		
	Temps Partiel (3 jours par semaine)	100\$		

NOTE : _____
