

# Municipalité de Cacouna

## Journée d'inscription

### Terrain de jeux 2019

Bureau municipal 415 rue St-Goerge

Samedi 18 mai de 9h00 à 13h00

#### TARIFS DU TERRAIN DE JEUX – ÉTÉ 2019 – 25 JUIN AU 23 AOÛT

		1 <sup>er</sup> enfant	2 <sup>e</sup> enfant	3 <sup>e</sup> enfant
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 (7h00 à 9h00 / 16h00 à 18h00) (5 jours par semaine)	150\$		
	Temps Partiel (7h00 à 9h00 / 16h00 à 18h00) (3 jours par semaine)	100\$		

# Soccer

Bureau municipal 415, rue St-George

Samedi 18 mai de 9h00 à 13h00

#### TARIFS DU SOCCER – ÉTÉ 2019 3 JUIN AU 18 AOÛT

Inscription	Coût	Pratique	Match
4 ans – 6ans	40\$	1 pratique semaine	4 Minimum
7 ans – 8 ans	40\$	1 pratique semaine	4 Minimum
9 ans – 10 ans	40\$	1 pratique semaine	4 Minimum
11 ans – 12 ans	40\$	1 pratique semaine	4 Minimum

Notez que les matchs à domiciles et extérieurs sont considérés comme une pratique

# 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-t-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-t-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-t-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 <sup>er</sup> enfant	2 <sup>e</sup> enfant	3 <sup>e</sup> enfants
<b>Inscriptions Régulier</b>	<b>Temps Plein (5 jours par semaine et sorties incluses)</b>	<b>175\$</b>	<b>150\$</b>	<b>125\$</b>
	<b>Temps Partiel (3 jours par semaine et sorties incluses)</b>	<b>120\$</b>	<b>110\$</b>	<b>100\$</b>
<b>Services de garde</b>	<b>Temps Plein (5 jours par semaine)</b>	<b>150\$</b>		
	<b>Temps Partiel (3 jours par semaine)</b>	<b>100\$</b>		

NOTE : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# Les Loisirs Kakou

## FICHE D'INSCRIPTION SOCCER - SAISON ÉTÉ 2019

Nom de famille :	Prénom :
Date de naissance :	Sexe : ( ) Masculin ( ) Féminin
Numéro d'assurance maladie :	Date d'expiration :
Grandeur chandail :	Catégorie : 5-6 ans <input type="checkbox"/> 7-9 ans <input type="checkbox"/> 10-12 ans <input type="checkbox"/>

<b>IDENTIFICATION DU PARENT OU TUTEUR RESPONSABLE DU JOUEUR :</b> *** Le reçu d'impôt sera émis au nom de cette personne. Nous aviser pour tout changement. S'il y a des communications à avoir pour l'enfant, c'est avec cette personne que nous communiquerons.	
Nom de famille :	Prénom :
Adresse :	Ville :
Code postal :	# Tél. maison :
# Tél. Cellulaire ou autre :	Lien avec l'enfant :
Courriel :	
Autre personne responsable de l'enfant (s'il y a lieu) :	
# de téléphone :	
Personne à contacter en cas d'urgence :	
Téléphone 1 :	Téléphone 2 :

Coût total :	Mode de paiement : <input type="checkbox"/> Argent <input type="checkbox"/> Chèque
--------------	--

<b>SIGNATURE</b> du parent/tuteur : _____	<b>DATE</b> : _____
---	---------------------

### AUTORISATION PARENTALE POUR UTILISATION DES PHOTOS DU JOUEUR

J'autorise \_\_\_\_\_ Je n'autorise pas \_\_\_\_\_ **Les Loisirs Kakou inc.** à utiliser des photos de mon enfant prises lors des entraînements, des matchs ou des événements et à les utiliser pour des promotions, sur des documents publicitaires ou sur leur site internet.

SIGNATURE : \_\_\_\_\_ DATE : \_\_\_\_\_

### Coût pour l'inscription

40\$

Notez que s'il n'y a pas assez de joueurs dans la catégorie vous serez remboursé ou le jeune sera dans une catégorie plus haute.

**Renseignements médicaux** Afin d'assurer la sécurité de votre enfant, l'organisation doit être informée des problèmes de santé ou de **et psychosociaux** 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 : \_\_\_\_\_

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

Oui  Non

Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

Autres informations : \_\_\_\_\_

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

Oui  Non