

Formulaire d'inscription 2024 – SAE de Bury

CLAUSE DE CONFIDENTIALITÉ

Les renseignements fournis sont utilisés à des fins d'informations auprès du personnel afin d'assurer la sécurité des participants.

SECTION 1 — RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT

Nom :	Prénom :	Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>								
Date de naissance : <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>J</td><td>J</td><td>M</td><td>M</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td> </tr> </table>	J	J	M	M	A	A	A	A	L'enfant doit avoir complété la maternelle 4 ans minimums à l'ouverture avec preuve à l'appui.	
J	J	M	M	A	A	A	A			
Adresse :	Ville :	Code postal :								
Téléphone :	Autre téléphone :									
École primaire :	Année complétée au 30 juin 2024									

SECTION 1 — RENSEIGNEMENTS SUR LES RÉPONDANTS (parents ou tuteurs)

Nom :	Prénom :	Date de naissance : <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>J</td><td>J</td><td>M</td><td>M</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td> </tr> </table>	J	J	M	M	A	A	A	A
J	J	M	M	A	A	A	A			
Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/>	Relevé 24 : % de répartition si 2 payeurs :	Courriel :								
Tél. résidence :	Tél. travail :									

Nom :	Prénom :	Date de naissance : <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>J</td><td>J</td><td>M</td><td>M</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td> </tr> </table>	J	J	M	M	A	A	A	A
J	J	M	M	A	A	A	A			
Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/>	Relevé 24 : % de répartition si 2 payeurs :	Courriel :								
Tél. résidence :	Tél. travail :									

SECTION 1 — AUTORISATION DE DÉPART

J'autorise mon enfant à quitter le SAE à pied seul : Oui Non / à vélo seul : Oui Non

J'autorise mon enfant à quitter le SAE avec :

Prénom :	Nom :
Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Autre lien :	Numéro d'urgence :

Prénom :	Nom :
Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Autre lien :	Numéro d'urgence :

Grandeur t-shirt camp de jour: S M L (Inclus dans le prix du service régulier de 7 semaines)

Inscription au camp de jour — RÉSIDENT

- Service régulier (7 semaines de 8 h — 16 h 30) 315 \$ inscrit le ou avant le 7 juin. (inclus les sorties)
- ou
- Service régulier (7 semaines de 8 h — 16 h 30) 340 \$ inscrit après le 7 juin. (inclus les sorties)

Inscription au camp de jour — NON-RÉSIDENT

(aucun rabais disponible)

- Service régulier (7 semaines 8 h — 16 h 30) 550 \$ (inclus les sorties)

Service de garde : A 25 \$/semaine : 7 h 30 - 8 h B 45 \$/semaine 7 h 30 — 8 h et 16 h 30 — 17 h

Minimum de 5 inscriptions pour l'option B — service de garde de 16 h 30 — 17 h

Inscription à la semaine	Frais par semaine résidents (aucun rabais disponible)	Frais par semaine Non-résidents (aucun rabais disponible)
1 2 au 5 juillet	<input type="checkbox"/> 60,00 \$	<input type="checkbox"/> 125,00 \$
2 8 au 12 juillet	<input type="checkbox"/> 60,00 \$	<input type="checkbox"/> 125,00 \$
3 15 au 19 juillet	<input type="checkbox"/> 60,00 \$	<input type="checkbox"/> 125,00 \$
4 22 au 26 juillet	<input type="checkbox"/> 60,00 \$	<input type="checkbox"/> 125,00 \$
5 29 juillet au 2 août	<input type="checkbox"/> 60,00 \$	<input type="checkbox"/> 125,00 \$
6 5 au 9 août	<input type="checkbox"/> 60,00 \$	<input type="checkbox"/> 125,00 \$
7 12 au 16 août	<input type="checkbox"/> 60,00 \$	<input type="checkbox"/> 125,00 \$

Sortie de fin d'été = 35 \$ 25\$ de plus pour un T-shirts à la première semaine d'inscription.

Fiche santé 2024 — SAE Bury

SECTION 1 — RENSEIGNEMENTS SUR VOTRE ENFANT		
Nom :	Prénom :	Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Numéro d'assurance maladie:		Expiration :
SECTION 2 — INFORMATION MÉDICALE SUR VOTRE ENFANT		
Votre enfant prend-t-il des médicaments ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Votre enfant souffre-t-il d'allergies sévères ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Veuillez identifier les allergies, malaises, maladies ou autres particularités :		
<input type="checkbox"/> Allergie légère : _____	<input type="checkbox"/> Troubles cardiaques	
<input type="checkbox"/> Asthme : <input type="checkbox"/> pompe	<input type="checkbox"/> Troubles visuels : <input type="checkbox"/> Lunettes <input type="checkbox"/> lentilles	
<input type="checkbox"/> Diabète : <input type="checkbox"/> insuline	<input type="checkbox"/> Troubles auditifs : <input type="checkbox"/> Appareil	
<input type="checkbox"/> Épilepsie	<input type="checkbox"/> Trouble moteur : <input type="checkbox"/> Appareil d'appui	
<input type="checkbox"/> Eczéma	<input type="checkbox"/> Trouble de langage <input type="checkbox"/> Dysphasie	
<input type="checkbox"/> Hyperactivité/TDAH	<input type="checkbox"/> Handicap physique : _____	
	<input type="checkbox"/> Handicap intellectuel _____	
<input type="checkbox"/> Autres : _____		
Si vous avez coché une ou plusieurs cases plus haut, veuillez en faire une description détaillée de cette situation santé. (toutes les informations sont pertinentes pour la sécurité de votre enfant) <i>Exemple : Épilepsie : Type de crise, fréquence, durée, moment dans la journée, sa médication</i>		
Dans le cas où nous sommes incapables de communiquer avec toute personne énumérée ci-dessus, j'autorise la personne responsable du camp de jour à transporter cet enfant au bureau d'un médecin, au CLSC ou à l'hôpital pour des soins appropriés si, il ou elle est gravement blessée ou malade.		
SECTION 4 : AUTRES INFORMATIONS SUR VOTRE ENFANT		
Peut-il fuguer ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Votre enfant sait-il nager ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Avec aide ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Mon enfant doit nager en tout temps avec : <input type="checkbox"/> Veste de flottaison / <input type="checkbox"/> nousse		
Souffre-t-il de phobie (peur) _____ et/ou de vertige ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Veuillez nous indiquer toutes informations pertinentes pour nous aider à mieux encadrer votre enfant :		

Signature du parent

Date