



INSCRIPTION 2017 SAE LAWRENCEVILLE

10 mai 2017 de 19h00 à 19h45 au bureau municipal de Lawrenceville

Date limite : 24 mai 2017 (remettre votre formulaire au bureau municipal)

SECTION 1 - RENSEIGNEMENTS SUR L'ENFANT :

Nom complet : _____ Date de naissance J/M/A : _____

Municipalité : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ Courriel : _____

✓ *Le courriel nous permet de vous transmettre efficacement et rapidement de l'information importante.*

SECTION 2- J'AUTORISE MON ENFANT À QUITTER LE SAE :

À pied seul : **OUI - NON** À vélo seul : **OUI - NON** Avec la mère : **OUI - NON**

Avec le père : **OUI - NON** Autres répondants : **OUI- NON**

SECTION 3- QUESTIONNAIRE SUR L' ENFANT :

Mon enfant sait nager : **OUI - NON**

Mon enfant doit nager avec sa veste de flottaison : **OUI - NON**

SECTION 4- RENSEIGNEMENTS SUR LES RÉPONDANTS :

Mère : _____ Tél. (maison) : _____ (travail) : _____

Père : _____ Tél. (maison) : _____ (travail) : _____

Autres répondants :

Nom : _____ Lien : _____ Tél. : _____

Nom : _____ Lien : _____ Tél. : _____

SECTION 5- PHOTOS :

J'accepte que mon enfant soit pris en photo par l'équipe du SAE pour faire la promotion du camp de jour (exemple : journal municipal, site web, publicité SAE) : **OUI - NON**

SECTION 6- MES BESOINS :

Service de garde (8h00 à 9h00 + 16h00 à 17h00) : 50.00\$ **OUI**

Camp de jour (9h00 à 16h00) : 205.00 \$ **Argent** **Chèque**

Chandail : 12.00\$ Grandeur : Petit Moyen Large

SECTION 7- FICHE SANTÉ :

Numéro d'assurance maladie : _____ Date expiration : _____

Identifier les allergies, malaises, maladies ou autre particularité :

✓ Allergies légères : _____

✓ Allergies graves : _____

Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline : **OUI - NON**

✓ Asthme Utilisation d'une pompe **OUI - NON**

✓ Diabète Prise d'insuline **OUI - NON**

✓ Épilepsie

✓ Hyperactivité/TDAH

✓ Troubles de langage

✓ Autres _____

J'autorise le SAE à appliquer de la crème solaire à mon enfant si celui-ci est incapable de le faire soi-même :

OUI - NON

Nous autorisons le personnel à prendre toutes les mesures qu'il jugera nécessaires dans l'éventualité d'un problème de santé. J'autorise les responsables à prendre les mesures nécessaires en cas d'urgence (premiers soins, ambulance) : **OUI- NON**

✓ Prendre note que les frais de transport en ambulance seront assumés par les parents

SECTION 8- PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE (AUTRE QUE LES PARENTS) :

Nom : _____ Lien : _____

Téléphone : _____

Je reconnais que pour assurer aux enfants un séjour sécuritaire et de qualité, le SAE se doit d'obtenir les informations les plus complètes possibles. Je déclare que les informations requises ont été fournies pour permettre l'inscription de votre enfant au SAE et que ces informations sont exactes et complètes. J'ai lu et accepte les règlements du SAE :

Signature : _____ Date : _____

SECTION 10- VACANCES :

Veillez indiquer les semaines ou journées que vous serez en vacances et que l'enfant sera absent afin de pouvoir planifier avec nos animateurs (trices)

- ✓ Semaine du 26 juin au 30 juin 2017 : _____
- ✓ Semaine du 3 juillet au 7 juillet 2017 : _____
- ✓ Semaine du 10 juillet au 14 juillet 2017 : _____
- ✓ Semaine du 17 juillet au 21 juillet 2017 : _____
- ✓ Semaine du 24 juillet au 28 juillet 2017 : **FERMÉ**
- ✓ Semaine du 31 juillet au 4 août 2017 : _____
- ✓ Semaine du 7 août au 11 août 2017 : _____
- ✓ Semaine du 14 au 18 août 2017 : _____

SECTION 11 - VENDREDIS :

Les vendredis se dérouleront à Valcourt au Ciboulot et à la piscine (cours de natation)

SECTION 11 - LES REÇUS DEVRONT ÊTRE ÉMIS À :

Nom : _____