



## INSCRIPTION 2019 SAE LAWRENCEVILLE

14 mai 2019 de 18h30 à 19h15 au bureau municipal de Lawrenceville

Date limite : 23 mai 2019 (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  faire le chèque au nom des Loisirs

de Lawrenceville

Chandail : 12.00\$  Grandeur : Petit  Moyen  Large

**NOUVEAUTÉ :**

Service à la semaine : **40\$** par semaine et **10\$** de frais de garde par semaine

**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 : \_\_\_\_\_