



INSCRIPTION 2015 SAE LAWRENCEVILLE

7 mai 2015 de 18H45 À 19H45 (au Parc municipal de Lawrenceville)
Date limite : 21 mai 2015 (remettre votre formulaire au bureau municipal)

RENSEIGNEMENTS SUR L'ENFANT

Nom complet : _____

Date de naissance : J/M/A _____

Adresse : _____

Municipalité : _____ Code postal : _____

Téléphone: _____

Courriel : _____

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

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

QUESTIONNAIRE SUR L'ENFANT :

Mon enfant sait nager : OUI - NON

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

Mon enfant sait faire du vélo sans petites roues : OUI - NON

LES REÇUS DEVRONT ÊTRE ÉMIS À :

Nom : _____

Numéro assurance social : _____

RENSEIGNEMENTS SUR LES RÉPONDANTS :

Mère : _____

Téléphone (maison) : _____ (bureau) : _____

Père : _____

Téléphone (maison) : _____ (bureau) : _____

Autres répondants :

Nom : _____ Lien : _____

Téléphone : _____

Nom : _____ Lien : _____

Téléphone : _____

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

MES BESOINS :

Service de garde (8H00 à 9h00 + 16h00 à 17h00) : 50.00\$ OUI

Camp de jour (9h00 à 16h00) : 200.00\$

Chandail : 12.00 \$ Indiquer la grandeur : _____

FICHE SANTÉ :

Numéro assurance maladie : _____

Date expiration : _____

Identifier les allergies, malaises, maladie ou autre particularité :

✓ Allergies légères

✓ Allergies graves :

Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline : O – N

✓ Asthme ____ Utilisation d'une pompe OUI - NON

✓ Diabète ____ Prise d'insuline OUI - NON

✓ Épilepsie ____

✓ Hyperactivité / TDAH ____

✓ Troubles de langage ____

✓ Autre _____

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*

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 & complètes. J'ai lu et accepte les règlements du service d'animation estivale :

Signature : _____ Date : _____