



INSCRIPTION 2016 SAE LAWRENCEVILLE

4 mai 2016 de 18h15 à 19h30 au parc municipal de Lawrenceville

Date limite : 18 mai 2016 (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**

Mon enfant sait faire du vélo sans petites roues : **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) : 200.00 \$ **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 9- LES REÇUS DEVRONT ÊTRE ÉMIS À :

Nom : _____ #Assurance sociale : _____