

**FORMULAIRE D'INSCRIPTION – CAMP DE JOUR 2026
MUNICIPALITÉ DE SAINT-PIERRE-DE-BROUGHTON**

INSCRIPTION JUSQU'AU 30 AVRIL 2026

Prière de remplir chaque section du formulaire et de le retourner à info@saintpierredebroughton.ca.

Le camp de jour de Saint-Pierre est offert pendant 8 semaines soit du 22 juin au 14 août 2026 (Fermé le 24 juin et le 1^{er} juillet)

TARIF PAR ENFANT	RÉSIDENT DE SAINT-PIERRE		NON RÉSIDANT DE SAINT-PIERRE		SERVICE DE GARDE
	TEMPS PLEIN	TEMPS PARTIEL (**)	TEMPS PLEIN	TEMPS PARTIEL (**)	
1er	455 \$ □	305 \$ □	555 \$ □	405 \$ □	165 \$ □
2e	380 \$ □	255 \$ □	555 \$ □	405 \$ □	155 \$ □
3e et +	330 \$ □	220 \$ □	555 \$ □	405 \$ □	145 \$ □

**Si vous avez sélectionné le tarif à temps partiel, veuillez nous indiquer les 3 journées de présence.

Politique de paiement :

50% du montant total est exigé lors de l'inscription.

La balance de 50% devra être payée au plus tard le 1er juin 2026.

Mode de paiement : Virement bancaire, argent comptant, chèque.

Courriel pour le virement bancaire : info@saintpierredebroughton.ca

Objet : Nom de votre enfant + camp de jour

Réponse : Campdejour

AUCUN REMBOURSEMENT NE SERA ÉMIS.

INFORMATIONS SUR L'ENFANT (OU LES ENFANTS)

Nom de l'enfant (ou les enfants)	Âge :	Date de naissance
_____	_____ ans	_____
_____	_____ ans	_____
_____	_____ ans	_____
_____	_____ ans	_____

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Nom de la mère : _____ NAS : _____

Adresse : _____ Code postal : _____

Municipalité : _____ Cellulaire : _____

Adresse courriel : _____

Nom du père: _____ NAS : _____

Adresse : _____ Code postal : _____

Municipalité : _____ Cellulaire : _____

Adresse courriel : _____

Qui est le parent responsable : _____

RETOUR À LA MAISON

Après les activités du camp de jour, mon enfant :

Doit attendre qu'on vienne le chercher

Peut quitter à pied ou à vélo

PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT

Nom : _____ Nom : _____

Lien avec l'enfant : _____ Lien avec l'enfant : _____

No de téléphone : _____ No de téléphone : _____

RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES

Nom de l'enfant : _____

Numéro d'assurance maladie : _____

Date d'expiration : _____

PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom : _____ Nom : _____

Lien avec l'enfant : _____ Lien avec l'enfant : _____

No de téléphone : _____ No de téléphone : _____

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX OU AUTRES

Votre enfant souffre-t-il ou a-t-il déjà souffert de quelque maladie, problème de comportement, trouble alimentaire, hyperactivité, etc. Oui Non

Si oui, précisez : _____

ALLERGIES

Votre enfant souffre-t-il d'allergies alimentaires ou respiratoires ? Oui Non

Si oui, précisez : _____

A-t-il à sa disposition une dose d'Epipen ? Oui Non

AUTORISATIONS :

J'accepte que les responsables du camp de jour appliquent de la crème solaire à mon enfant ?
Oui Non

J'autorise les responsables du camp de jour à photographier mon enfant.
Oui Non

POLITIQUE DE CONFIDENTIALITÉ, CONSENTEMENT ET DÉCHARGE

Veillez prendre note que toutes ces informations demeureront confidentielles et que seules les informations concernant l'état de santé de l'enfant seront divulguées aux animatrices afin de permettre une meilleure approche auprès de lui ainsi qu'une intervention plus efficace en cas d'urgence. En signant ce document, vous autorisez le personnel du camp de jour de la municipalité de Saint-Pierre-de-Broughton à prodiguer les premiers soins à l'enfant et, si nécessaire, vous l'autorisez également à le transporter par ambulance, ou autrement, dans un établissement hospitalier. De plus, vous attestez que le camp de jour de la municipalité de Saint-Pierre-de-Broughton n'est pas responsable des accidents qui pourraient survenir et vous acceptez les risques inhérents à ses activités.

Signature du parent : _____

Date : _____