



*Fiche d'inscription*  
**CAMP DE JOUR**  
**Lac-des-Aigles**

*Du 25 juin au 21 Août 2026*



**Identification du ou des enfants**


Nom de l'enfant	Date de naissance	No assurance maladie / expiration	Sexe
1.		No : Date expiration :	F : <input type="checkbox"/> M : <input type="checkbox"/>
2.		No : Date expiration :	F : <input type="checkbox"/> M : <input type="checkbox"/>
3.		No : Date expiration :	F : <input type="checkbox"/> M : <input type="checkbox"/>
4.		No : Date expiration :	F : <input type="checkbox"/> M : <input type="checkbox"/>

	IDENTIFICATION DE LA MÈRE/ OU TUTRICE	IDENTIFICATION DU PÈRE / OU TUTEUR
Nom :		
Adresse : (complète)		
Téléphone :		
Téléphone :		
Cellulaire :		
Adresse courriel :		
<b>Pour émission du relevé 24</b> <b>Nom du parent payeur :</b>		<b>NAS :</b>

COÛTS D'INSCRIPTIONS CAMP DE JOUR ET SERVICE DE GARDE				
CAMP DE JOUR	SERVICE DE GARDE MATIN		SERVICE DE GARDE SOIR	MODE DE PAIEMENT
9h à 16h	8h à 9h		16h à 17h	
125\$	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	



PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE (AUTRES QUE LES PARENTS)		
Nom :	No Téléphone :	Lien avec l'enfant :

	<b>DÎNER</b> (VALIDE POUR TOUS LES ENFANTS D'UNE MÊME FAMILLE)
Mon enfant dînera sur place chaque jour	<input type="checkbox"/>
Mon enfant dînera sur place à l'occasion	<input type="checkbox"/>
Mon enfant ne dînera pas sur place	<input type="checkbox"/>



## PERSONNES AUTORISÉES À QUITTER AVEC L'ENFANT (Valide pour tous les enfants d'une même famille)

3

Mon enfant ne peut **jamais** partir seul  
 Mon enfant peut partir seul à 12h  
 Mon enfant peut partir seul à 16h  
 Mon enfant peut partir seul à 17h

Nom	Lien	No téléphone



## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

PRÉNOM DES ENFANTS :			
# ASS MALADIE			
Votre enfant a-t-il des problèmes de santé, si oui, lequel?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> _____ _____	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> _____ _____	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> _____ _____
Prend-il de la médication?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> _____ _____	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> _____ _____	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> _____ _____
	OUI <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>

<b>Votre enfant a-t-il un suivi particulier pendant l'année (médecin spécialiste, CLSC, CIUSS, technicien(ne) en éducation spécialisée, psychoéducateur(trice), travailleur(se) social(e), etc.)? Si oui, précisez.</b>	NON <input type="checkbox"/> <hr/> <hr/>	NON <input type="checkbox"/> <hr/> <hr/>	NON <input type="checkbox"/> <hr/> <hr/>
<b>Votre enfant a-t-il des allergies qui nécessitent des soins particuliers?</b>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> <hr/> <hr/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> <hr/> <hr/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> <hr/> <hr/>
<b>Souffre-t-il du mal des transports?</b>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> <hr/> <hr/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> <hr/> <hr/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> <hr/> <hr/>
<b>A-t-il des peurs ou des phobies? Quelles sont-elles?</b>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> <hr/> <hr/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> <hr/> <hr/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> <hr/> <hr/>



## PISCINE

5

PRÉNOM DE OU DES ENFANTS			
Votre enfant a -t-il peur de l'eau ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Quel est le degré d'aisance de votre enfant dans l'eau profonde?	Veste de flottaison <input type="checkbox"/> Flotteurs <input type="checkbox"/> Pas de restrictions <input type="checkbox"/>	Veste de flottaison <input type="checkbox"/> Flotteurs <input type="checkbox"/> Pas de restrictions <input type="checkbox"/>	Veste de flottaison <input type="checkbox"/> Flotteurs <input type="checkbox"/> Pas de restrictions <input type="checkbox"/>
Votre enfant a-t-il besoin en tout temps de bouchons dus à des tubes dans les oreilles?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>



## AUTORISATIONS (valide pour tous les enfants d'une même famille)

Premiers soins	J'autorise le personnel de la ville de Lac-des-Aigles et tous les médecins à prodiguer tous les soins infirmiers premiers soins nécessaires en cas de besoin, ainsi que le transport en ambulance aux frais des parents) ou autrement Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Activités extérieures	J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités organisées par l'animatrice à l'intérieur et à l'extérieur dans le village (plage, école, jardin communautaire...) Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Crème solaire, Huile à mouche	J'autorise les animatrices à appliquer de la crème solaire ou à mettre de l'huile à mouche à mon enfant selon le besoin. Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Photos	J'autorise, à moins d'avis contraire, la ville de Lac-des-Aigles à utiliser des photos/vidéos de mon enfant prises durant le camp de jour 2025, pour des fins publicitaires (papier, page web et Facebook) et albums souvenirs. Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
État de santé	Si des modifications concernant l'état de santé de mon enfant survenaient avant le début ou pendant la période du camp de jour, je m'engage à transmettre cette information à la direction du camp de jour, qui fera le suivi approprié avec l'animateur.trice de mon enfant. Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Collaboration du parent	Je m'engage à collaborer avec la direction du Camp de jour de la ville de Lac-des-Aigles et à venir la rencontrer si le comportement de mon enfant nuit au bon déroulement des activités. Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
-------------------------	--

\_\_\_\_\_  
Signature (du parent ou tuteur)

\_\_\_\_\_  
Date