



CAMP DE JOUR

PÉRIODE D'INSCRIPTION

POUR LE CAMP DU 6 MAI AU 24 MAI 2024

Depuis quelques mois déjà, les gestionnaires de camp de jour ont fait face à plusieurs défis, et ce, tant au niveau du recrutement de la main-d'œuvre qu'aux mesures de sécurité applicables pour les enfants ayant un impact important dû à la phase 2 des travaux majeurs d'aqueduc. L'équipe de Sainte-Sophie-de-Lévrard a donc travaillé fort afin de pouvoir avoir l'autorisation de proposer un camp de jour estival dans notre municipalité et ainsi de répondre aux besoins des parents et enfants.

Chose faite, chose dite, voici donc la formule estivale proposée tenant compte de l'ensemble des facteurs recueillis dans le questionnaire remis aux parents de la municipalité en janvier 2024. Nous avons travaillé à vous offrir la meilleure offre afin de prioriser un camp de jour ayant lieu à Sainte-Sophie-de-Lévrard, et ce, dans les circonstances et comptons sur votre compréhension à cet effet.

Contenu des travaux en cours, nous devons se limiter à offrir les inscriptions uniquement aux résidents de Sainte-Sophie-de-Lévrard pour l'offre du camp de jour 2024. Afin de respecter le cadre de gestion des travaux d'aqueduc et d'assurer une sécurité pour les enfants.

La période des inscriptions se déroula du 6 mai au 24 mai 2024 inclusivement.

Dans tous les cas, la date limite des inscriptions se terminera le vendredi le 24 mai 2024 à 12h00.

Le camp de jour aura lieu à Sainte-Sophie-de-Lévrard à L'école Marie-Sophie, offrant un horaire temps pleins de 4 jours par semaine, soit du lundi au jeudi. Entourée d'un espace vert et agréable au cœur de la municipalité près du centre d'hébertisme, incluant un personnel d'animateurs de qualité ayant été formé, qui obtiendra le support du comité du camp de jour tout au long de l'été.

Sur ce, en vous remerciant de votre compréhension et collaboration pour l'obtention d'un camp de jour dans notre belle municipalité, nous vous souhaitons une belle saison estivale 2024 à tous !

Cordialement.

La direction de la municipalité



OFFRE ESTIVALE 2024

CAMP DE JOUR

INFORMATION COMPLÈTE SUR L'OFFRE DU CAMP DE JOUR 2024		PRÉCISIONS
PÉRIODE PROPOSÉE:	Du mardi 2 juillet 2024 au jeudi 15 août 2024.	7 semaines en continu
HORAIRE HEBDOMADAIRE:	Du lundi au jeudi inclusivement.	Horaire de 4 jours par semaine
HEURE D'OUVERTURE:	De 8h30 à 16h30	8heures par jour

FRAIS D'INSCRIPTION ET AUTRES COÛTS INHÉRENTS		PRÉCISIONS
FRAIS D'INSCRIPTION RÉGULIERS (Résident Sainte-Sophie-de-Lévrard)	275 \$ pour le premier enfant 250 \$ pour le deuxième enfant 200 \$ pour le troisième enfant	Les frais d'animations spéciales obligatoires sont à ajouter à ce tarif.
FRAIS (Obligatoire) D'ANIMATIONS ET/OU SORTIES	Frais supplémentaires de 50\$ par enfant	Obligatoire et payable dès l'inscription de votre enfant.
FRAIS DE RETARD	Frais de 5\$ applicables pour chaque tranche de 10 minutes de retard. <i>* L'argent doit être remis à la prochaine journée, sinon l'enfant ne sera pas accepté le lendemain.</i>	L'argent doit être remis lors de la prochaine journée, sinon l'enfant pourrait ne pas être accepté le lendemain.
FRAIS DINER OU COLLATION	Frais de 5 \$ pour un dîner et 3 \$ pour une collation. <i>*Si l'enfant n'a pas son dîner et/ou ses collations avec lui par oubli, le camp lui fournira exceptionnellement le nécessaire, mais le parent devra remettre la somme dès le lendemain.</i>	L'argent doit être remis lors de la prochaine journée, sinon l'enfant pourrait ne pas être accepté le lendemain.
FRAIS APPLICABLES EN CAS D'EXPULSION	S'il y a expulsion dans les trois premières semaines du camp, 50 % du prix d'inscription sera remboursé. Après trois semaines , aucun remboursement ne sera remis s'il y a expulsion.	Il y a expulsion si l'enfant a reçu trois billets d'infraction aux règlements en vigueur, le parent ou tuteur sera informé à chaque billet émis.

→ Initiales du parent/tuteur : _____



FORMULAIRE D'INSCRIPTION

CAMP DE JOUR 2024

INFORMATIONS SUR LE(S) ENFANT(S)

INFORMATIONS SUR LE(S) ENFANT(S)				
1 ^{er} Enfant	Prénom :	Nom :	Date naissance (j/m/a) :	Âge :
2 ^{ieme} Enfant	Prénom :	Nom :	Date naissance (j/m/a) :	Âge :
3 ^{ieme} Enfant	Prénom :	Nom :	Date naissance (j/m/a) :	Âge :
4 ^{ieme} Enfant	Prénom :	Nom :	Date naissance (j/m/a) :	Âge :

INFORMATIONS SUR LA MÈRE

Nom de la mère :			
Adresse complète :			
Adresse courriel :			
N° Téléphone :	Cellulaire :	Maison :	Travail :

INFORMATIONS SUR LE PÈRE

Nom du père :			
Adresse complète :			
Adresse courriel :			
No Téléphone :	Cellulaire :	Maison :	Travail :

SI APPLICABLE SEULEMENT :

INFORMATIONS SUR LE (LA) TUTEUR (E) MANDATÉ

**Nous contacterons le tuteur mandaté afin de connaître les spécificités applicables reliées à la tutelle.*

Nom de la personne :			
Adresse complète :			
Adresse courriel :			
No Téléphone :	Cellulaire :	Maison :	Travail :

→ Initiales du parent/tuteur : _____



FORMULAIRE D'INSCRIPTION

CAMP DE JOUR 2024

FRAIS D'INSCRIPTION APPLICABLES

FRAIS D'INSCRIPTION RÉGULIERS (Résident Sainte-Sophie-de-Lévrard)	275 \$ pour le premier enfant 250 \$ pour le deuxième enfant 200 \$ pour le troisième enfant
FRAIS D'ANIMATIONS SPÉCIALES OBLIGATOIRES	<i>Frais supplémentaires de 50 \$ par enfant</i>

CALCUL DES FRAIS POUR VOTRE FAMILLE

	FRAIS RÉGULIER D'INSCRIPTION	FRAIS D'ANIMATIONS SPÉCIALES OBLIGATOIRES	TOTAL DES FRAIS D'INSCRIPTION	SOUS-TOTAUX APPLICABLES
1^{er} ENFANT	275 \$	50 \$	325 \$	_____ \$
2^{ème} ENFANT	250 \$	50 \$	300 \$	_____ \$
3^{ème} ENFANT	200 \$	50 \$	250 \$	_____ \$
			Total \$	_____ \$

ÉMISSION DU REÇU D'IMPÔT

Numéro d'assurance sociale : _____ (Mère / Père)

→ Signature du parent ou du tuteur : _____

Méthodes de paiement disponible pour le camp de jour :

Payable en totalité au moment de l'inscription (en argent comptant, et ce, au montant exact)

Par virement Interac, à l'adresse comptabilite@ste-sophie-de-levrard.com

indiquant le nom de votre enfant / vos enfants en référence et utiliser le **mot de passe : campdejour2024**

Possibilité de payer en 2 versements (chèques postdatés) en date du 24 mai 2024 et du 14 juin 2024.

SECTION RÉSERVÉE À LA MUNICIPALITÉ

Payé : _____ \$

Mode de paiement : _____

Date : _____

Autre (s) précision (s) s'il y a lieu :

Initiale du témoin : _____

→ Initiales du parent/tuteur : _____



AUTORISATION PARENTALE

CAMP DE JOUR 2024

AUTORISATION PARENTALE | SUJETS : ARRIVÉE/SORTIE, PHOTO ET MÉDICALE :

1 ^e <input type="checkbox"/>	2 ^e <input type="checkbox"/>	3 ^e <input type="checkbox"/>	J'autorise les animateurs et animatrices du Camp de jour de Sainte-Sophie-de-Lévrard à prendre des photos et des vidéos de mon enfant ou mes enfants pendant son séjour.								
1 ^e <input type="checkbox"/>	2 ^e <input type="checkbox"/>	3 ^e <input type="checkbox"/>	J'autorise mon enfant ou mes enfants à se rendre seul au Camp de jour de Sainte-Sophie-de-Lévrard et à retourner seul à la maison. Le respect des horaires est toutefois obligatoire et le parent devra aviser les responsables de camp de jour à l'avance si l'enfant doit arriver ou quitter en dehors des heures régulières d'arrivée et de départ. (Arrivée entre 8h30 et 9h15 et départ entre 16h00 et 16h30). Je dégage de toute responsabilité le Camp de jour ainsi que les animateurs-animatrices, de tout accident qui pourrait survenir lors de ces trajets.								
1 ^e <input type="checkbox"/>	2 ^e <input type="checkbox"/>	3 ^e <input type="checkbox"/>	J'autorise mon enfant ou mes enfants dans le cadre du Camp de jour de Sainte-Sophie de Lévrard à de petites sorties improvisées à pied pour aller à la crèmerie ou dans les sentiers boisés de la municipalité.								
1 ^e <input type="checkbox"/>	2 ^e <input type="checkbox"/>	3 ^e <input type="checkbox"/>	<p>Médicaments en vente libre (si applicable) J'autorise les animateurs-animatrices du Camp de jour de Sainte-Sophie-de-Lévrard à administrer à mon enfant, si nécessaire, un ou plusieurs médicaments sans ordonnance en vente libre.</p> <p><u>Cocher les médicaments :</u></p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Acétaminophène (<i>Tylenol, Temptra</i>)</td> <td><input type="checkbox"/> Anti-inflammatoire Ibuprofène (<i>Advil</i>)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Antiémétique (<i>Gravol</i>)</td> <td><input type="checkbox"/> Antibiotique en crème (<i>Polysporin</i>)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Antihistaminique (<i>Benadryl, Reactine</i>)</td> <td><input type="checkbox"/> Sirop contre la toux</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Acétaminophène (<i>Tylenol, Temptra</i>)	<input type="checkbox"/> Anti-inflammatoire Ibuprofène (<i>Advil</i>)	<input type="checkbox"/> Antiémétique (<i>Gravol</i>)	<input type="checkbox"/> Antibiotique en crème (<i>Polysporin</i>)	<input type="checkbox"/> Antihistaminique (<i>Benadryl, Reactine</i>)	<input type="checkbox"/> Sirop contre la toux		<input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____
<input type="checkbox"/> Acétaminophène (<i>Tylenol, Temptra</i>)	<input type="checkbox"/> Anti-inflammatoire Ibuprofène (<i>Advil</i>)										
<input type="checkbox"/> Antiémétique (<i>Gravol</i>)	<input type="checkbox"/> Antibiotique en crème (<i>Polysporin</i>)										
<input type="checkbox"/> Antihistaminique (<i>Benadryl, Reactine</i>)	<input type="checkbox"/> Sirop contre la toux										
	<input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____										
1 ^e <input type="checkbox"/>	2 ^e <input type="checkbox"/>	3 ^e <input type="checkbox"/>	<p>J'autorise les animateurs-animatrices du Camp de jour de Sainte-Sophie-de-Lévrard à administrer, conformément au présent protocole, les crèmes solaires sans PABA vendues sous les noms commerciaux suivants :</p> <p><input type="checkbox"/> Toutes les marques sans PABA</p> <p><input type="checkbox"/> Marque de commerce suivante : _____</p>								
1 ^e <input type="checkbox"/>	2 ^e <input type="checkbox"/>	3 ^e <input type="checkbox"/>	Si des modifications concernant l'état de santé de mon enfant survenaient avant le début ou pendant la période du camp, je m'engage à transmettre cette information à la direction du camp, qui fera le suivi approprié avec le camp.								
Prénom et nom de mon ou mes enfants :			Date : _____								
1- _____											
2- _____											
3- _____											
→ Signature du parent ou tuteur:											

→ Initiales du parent/tuteur : _____



FORMULAIRE D'INSCRIPTION

CAMP DE JOUR 2024

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX DE L'ENFANT EN CAS D'URGENCE ET FICHE SANTÉ !

FICHE SANTÉ DU PREMIER ENFANT

1- Renseignements généraux

Nom : _____ Prénom : _____

Sexe : Masculin ou Féminin Date de naissance : ____/____/____ Âge : ____

No. Assurance maladie : _____ Expiration : _____

2- Numéros de téléphone en cas d'urgence

<u>Nom de la personne</u>	<u>Téléphone (cellulaire)</u>	<u>Téléphone (Bureau)</u>
Mère : _____	_____	_____
Père : _____	_____	_____
Autre : _____	_____	_____

(Dans l'impossibilité de vous joindre, cette autre personne sera autorisée à prendre des décisions)

Si nécessaire en cas d'urgence, nous transporterons (ambulance) votre enfant vers le CIUSSSMCQ

3- Renseignements relatifs à la santé de votre 1^{er} enfant

<u>Votre ou (vos) enfant souffre-t-il ?</u>	<u>OUI</u>	<u>NON</u>	
D'asthme :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
D'épilepsie :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
D'hémophilie :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
D'anémie :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
De troubles cardiaques :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
D'allergie :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisez : _____
De diabète :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
D'hépatite :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
D'autres maladies :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisez : _____

Votre enfant doit-il porter des prothèses : auditives : _____ visuelles : _____ autre : _____

→ Initiales du parent/tuteur : _____



Est-il suivi régulièrement par un médecin ou un autre professionnel de la santé ? OUI NON
Si oui, par qui et pourquoi ?

Prend-il des médicaments ? OUI NON Si oui, lesquels et pourquoi ?

Ces médicaments provoquent-ils des réactions particulières ? OUI NON Si oui lesquelles ?

Y a-t-il une intervention spécifique à poser en cas d'urgence (médicament ou autre traitement) ?

Autres informations pertinentes pour nous permettre de mieux aider votre enfant ?

AUTORISATION PARENTALE

J'autorise le personnel du camp ou les bénévoles à prendre connaissance de la fiche de santé de mon enfant et à lui fournir les soins nécessaires ou, en cas d'urgence, demander l'intervention des ambulanciers s'il est impossible de me joindre.

Signature du parent ou tuteur

Date

FICHE SANTÉ DU DEUXIÈME ENFANT

1- Renseignements généraux

Nom : _____ Prénom : _____

Sexe : Masculin ou Féminin Date de naissance : ____/____/____ Âge : ____

No. Assurance maladie : _____ Expiration : _____

→ Initiales du parent/tuteur : _____



2- Numéros de téléphone en cas d'urgence

<u>Nom de la personne</u>	<u>Téléphone (cellulaire)</u>	<u>Téléphone (Bureau)</u>
Mère : _____	_____	_____
Père : _____	_____	_____
Autre : _____	_____	_____

(Dans l'impossibilité de vous joindre, cette autre personne sera autorisée à prendre des décisions)

Si nécessaire en cas d'urgence, nous transporterons (ambulance) votre enfant vers le CIUSSSMCQ.

3- Renseignements relatifs à la santé de votre 2ième enfant

<u>Votre ou (vos) enfant souffre-t-il ?</u>	<u>OUI</u>	<u>NON</u>	
D'asthme :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
D'épilepsie :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
D'hémophilie :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
D'anémie :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
De troubles cardiaques :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
D'allergie :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisez : _____
De diabète :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
D'hépatite :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
D'autres maladies :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisez : _____

Votre enfant doit-il porter des prothèses : auditives : _____ visuelles : _____ autre : _____

Est-il suivi régulièrement par un médecin ou un autre professionnel de la santé ? OUI NON

Si oui, par qui et pourquoi ?

Prend-il des médicaments ? OUI NON Si oui, lesquels et pourquoi ?

Ces médicaments provoquent-ils des réactions particulières ? OUI NON Si oui lesquelles ?

Y a-t-il une intervention spécifique à poser en cas d'urgence (médicament ou autre traitement) ?

➔ Initiales du parent/tuteur : _____



Autres informations pertinentes pour nous permettre de mieux aider votre enfant ?

AUTORISATION PARENTALE

J'autorise le personnel du camp ou les bénévoles à prendre connaissance de la fiche de santé de mon enfant et à lui fournir les soins nécessaires ou, en cas d'urgence, demander l'intervention des ambulanciers s'il est impossible de me joindre.

Signature du parent ou tuteur

Date

FICHE SANTÉ DU TROISIÈME ENFANT

1- Renseignements généraux

Nom : _____ Prénom : _____

Sexe : Masculin ou Féminin Date de naissance : ____/____/____ Âge : _____

No. Assurance maladie : _____ Expiration : _____

2- Numéros de téléphone en cas d'urgence

<u>Nom de la personne</u>	<u>Téléphone (cellulaire)</u>	<u>Téléphone (Bureau)</u>
Mère : _____	_____	_____
Père : _____	_____	_____
Autre : _____	_____	_____

(Dans l'impossibilité de vous joindre, cette autre personne sera autorisée à prendre des décisions)

Si nécessaire en cas d'urgence, nous transporterons (ambulance) votre enfant vers le CIUSSSMCQ.

➔ Initiales du parent/tuteur : _____



3- Renseignements relatifs à la santé de votre 3ième enfant

<u>Votre ou (vos) enfant souffre-t-il ?</u>	<u>OUI</u>	<u>NON</u>	
D'asthme :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
D'épilepsie :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
D'hémophilie :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
D'anémie :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
De troubles cardiaques :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
D'allergie :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisez : _____
De diabète :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
D'hépatite :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
D'autres maladies :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisez : _____

Votre enfant doit-il porter des prothèses : auditives : _____ visuelles : _____ autre : _____

Est-il suivi régulièrement par un médecin ou un autre professionnel de la santé ? OUI NON
Si oui, par qui et pourquoi ?

Prend-il des médicaments ? OUI NON Si oui, lesquels et pourquoi ?

Ces médicaments provoquent-ils des réactions particulières ? OUI NON Si oui lesquelles ?

Y a-t-il une intervention spécifique à poser en cas d'urgence (médicament ou autre traitement) ?

Autres informations pertinentes pour nous permettre de mieux aider votre enfant ?

AUTORISATION PARENTALE

J'autorise le personnel du camp ou les bénévoles à prendre connaissance de la fiche de santé de mon enfant et à lui fournir les soins nécessaires ou, en cas d'urgence, demander l'intervention des ambulanciers s'il est impossible de me joindre.

Signature du parent ou tuteur

Date

➔ Initiales du parent/tuteur : _____