

1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR L'ENFANT

| | | | | |
|------------------------------------|--|---|---|--------------------------|
| Prénom | | | | Photo de l'enfant |
| Nom | | | | |
| Date de naissance | | Sexe : | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | |
| Numéro d'assurance maladie | | | Date d'exp. : | |
| Adresse principale | | | | |
| Adresse courriel | | | | |
| Année scolaire (sept. 2025) | | | | |
| Situation familiale | L'enfant vit : | | | |
| | <input type="checkbox"/> Avec ses deux parents | <input type="checkbox"/> Seulement avec maman | <input type="checkbox"/> Avec un tuteur | |
| | <input type="checkbox"/> En garde partagée | <input type="checkbox"/> Seulement avec papa | <input type="checkbox"/> Autre : _____ | |
| | | | | |

2. CONTACTS EN CAS D'URGENCE ET/OU PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER VOTRE ENFANT

| | |
|--|--|
| Première(s) personne(s) à joindre : | |
| Mère & père <input type="checkbox"/> | Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> _____ |
| Parent ou tuteur #1 | Parent ou tuteur #2 |
| Prénom/nom : | Prénom/nom : |
| Téléphone (rés.) : | Téléphone (rés.) : |
| Téléphone (travail) : | Téléphone (travail) : |
| Téléphone (cellulaire) : | Téléphone (cellulaire) : |
| Deux autres personnes : | |
| Prénom/nom : | Prénom/nom : |
| Lien avec l'enfant : | Lien avec l'enfant : |
| Téléphone (rés.) : | Téléphone (rés.) : |
| Téléphone (travail) : | Téléphone (travail) : |
| Téléphone (cellulaire) : | Téléphone (cellulaire) : |

Mot de passe pour la personne autorisée à venir chercher votre enfant : _____

3. CONDITIONS, ALLERGIES/INTOLÉRANCES ET MALADIE/BLESSURES

| Souffre-t-il des maux suivants? | | A-t-il des allergies/intolérances? | | Maladie chronique/blessures causant des limitations? |
|--|---|---|---|--|
| Asthme : | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Fièvre des foins : | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Si oui, précisez : _____ _____ _____ _____ _____ |
| Diabète : | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Crème solaire : | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | |
| Épilepsie : | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | *Piqûres d'insectes: | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | |
| Migraines : | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | *Animaux : | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | |
| Autres, précisez : _____ _____ _____ | | *Médicaments : | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | |
| | | *Alimentaires : | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | |
| | | *Précisez et/ou autres : _____ _____ | | |

EN CAS D'ALLERGIES - SUITE

| | |
|---|---|
| Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Epipen) en raison de ses allergies? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Si oui, est-ce que votre enfant est en mesure de la conserver avec lui en tout temps lors de sa présence au camp? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Si votre enfant ne peut pas conserver la dose d'adrénaline avec lui en toute temps, veuillez communiquer avec le/la responsable du camp de jour afin de prévoir une rencontre avant le début du camp. | |
| À SIGNER SI VOTRE ENFANT POSSÈDE UNE DOSE D'ADRÉNALINE | |
| Par la présente, j'autorise les personnes désignées par le camp de jour de la Municipalité à administrer, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline à mon enfant _____. | |
| _____ Signature du parent | |

4. MÉDICAMENTS

| | |
|--|---|
| Votre enfant prend-il des médicaments? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Si oui, veuillez inscrire les noms des médicaments : ➡ _____ ➡ _____ | Posologie : ➡ _____ ➡ _____ |
| Les prend-il lui-même? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Précisez : _____ |
| Si votre enfant doit prendre des médicaments durant les heures du camp , vous devrez, à votre arrivée, remettre au responsable la bouteille de médicament, clairement identifiée au nom de l'enfant et avec la posologie applicable. Un formulaire de prise de médicament se retrouve à la fin du document et devra également être rempli pour permettre à l'équipe du camp de distribuer le médicament prescrit. | |
| Si, en cours d'été, votre enfant doit prendre un médicament (avec ou sans ordonnance) durant le camp , vous devrez également remplir ce formulaire d'autorisation, également disponible sur demande, afin que l'équipe puisse administrer le médicament. Prendre note qu'il est de votre responsabilité de nous en aviser. | |



5. INFORMATIONS PERTINENTES

Les questions qui suivent nous aideront à mieux intervenir auprès de votre enfant.

| | |
|---|---|
| Présente-t-il des problèmes de comportement? (impulsivité, trouble d'anxiété, trouble d'opposition, déficit d'attention, violence, etc.) | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Si oui, décrire : | |
| Présente-t-il un trouble du langage ou de motricité? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Si oui, décrire : | |
| A-t-il un suivi particulier pendant l'année (médecin spécialiste, CLSC, CIUSSS, technicien(ne) en éducation spécialisée, psychoéducateur(trice), travailleur(se) social(e), etc.)? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Si oui, décrire : | |
| Est-ce que qu'il possède un plan d'intervention à l'école mettant en place des moyens afin de l'aider sur le plan comportemental? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Si oui, pourrions-nous en obtenir une copie afin d'ajuster nos interventions et pour mettre en place des conditions favorables au bien-être et à la participation de votre enfant? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Y a-t-il des activités auxquelles votre enfant ne peut pas participer ou seulement moyennant certaines conditions (par exemple une veste de flottaison lorsqu'il nage)? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Si oui, précisez : | |

6. INTÉRÊTS ET TRAITS DE PERSONNALITÉ

Cette section sera remise à l'animateur de votre enfant. L'objectif est de lui donner des pistes d'idées qu'il pourra utiliser lors de sa planification d'activités et de ses premières interactions avec votre enfant.

| QUESTIONS : | PRÉCISEZ AU BESOIN : |
|---|----------------------|
| Comment décririez-vous la personnalité de votre enfant? (ex. : sociable, réservé, curieux, timide, énergique, etc.) | |
| Votre enfant a-t-il besoin de temps pour s'adapter à de nouvelles situations? (ex. : prend du temps pour se sentir à l'aise ou s'adapte rapidement) | |
| Quels sont les comportements ou attitudes qui font particulièrement plaisir ou qui sont à éviter chez votre enfant? | |
| Y a-t-il des situations où votre enfant se sent particulièrement heureux ou mal à l'aise? (ex. : lorsqu'il est entouré de nombreux enfants, lorsqu'il doit prendre la parole en public, etc.) | |
| Quels sont les passe-temps ou activités préférées de votre enfant? (ex. : lire, sport, dessiner, etc.) | |
| Y a-t-il des sports ou activités physiques que votre enfant aime particulièrement? (ex. : natation, football, danse, etc.) | |
| Votre enfant préfère-t-il jouer seul ou avec d'autres enfants? | |
| Y a-t-il des informations supplémentaires qui nous aideraient à mieux encadrer votre enfant et lui offrir une expérience positive? | |
| Votre enfant a-t-il un ami avec qui il souhaiterait être dans le même groupe pendant le camp? <i>Nous tiendrons compte de cette demande lors de la formation des groupes, mais cela ne garantit pas que votre enfant sera placé avec cet ami.</i> | |

7. PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS ET DEMANDE DE CONSENTEMENT

Si vous désirez faire une inscription au camp de jour, la Municipalité de Saint-Germain-de-Grantham devra obligatoirement recueillir et utiliser les renseignements personnels de l'enfant et de ses parents ou tuteurs afin :

- De traiter la demande d'inscription ;
- De gérer le camp de jour et ses activités ;
- De protéger l'enfant et d'éviter les situations d'urgence (e.x. le protéger de ses allergies, lui offrir de la médication en cas de problème, etc) ;
- De permettre un meilleur encadrement de l'enfant ainsi qu'une intervention plus efficace en cas d'urgence ;
- De permettre à l'enfant de profiter le plus possible de son séjour au camp ;
- De vous permettre de nous demander certaines activités en lien (e.x. permettre à l'enfant de revenir seul chez ses parents...) ;
- De reconnaître et d'identifier l'enfant ainsi que ses parents ou tuteurs ; et
- De s'assurer que les parents ou tuteurs qui viennent chercher l'enfant soit les bonnes personnes.

Pour accomplir ces fins, nous devons échanger certains des renseignements personnels aux animateurs(trices) du camp de jour, à ses coordonnateurs(trices) et, au besoin, à tout autre fonctionnaire de la Municipalité, ainsi qu'au personnel de la santé de l'hôpital. Il est également possible que nous communiquions les renseignements personnels à des propriétaires de logiciels tels que Microsoft en raison de notre utilisation d'Outlook.

Certains de vos renseignements personnels pourraient être communiqués à l'extérieur du Québec.

Parents, tuteurs et enfants disposent de **droits d'accès et de rectification** à leurs renseignements personnels. Pour vous renseigner sur l'étendue de ces droits ou sur leur exercice, visitez la **Politique de confidentialité de notre Site Web**.

En remplissant ce formulaire, vous consentez librement à l'utilisation de vos renseignements aux fins précédemment mentionnées. En signant ce document, vous atteste avoir lu et confirmez que les informations sont complètes et véridiques. Vous atteste avoir pris connaissance du **Guide du parent** disponible sur notre site Web à l'adresse suivante : www.st-germain.info dans la section "Loisirs et culturel / camp de jour", et de notre politique sur la gouvernance en matière de protection des renseignements personnels. Veuillez noter que vous pouvez en tout temps communiquer avec la Municipalité afin d'accéder aux renseignements que vous nous avez fournis et pour en obtenir la rectification, le cas échéant.

Demande de consentement exprès (Crédit d'impôt)

Si vous y consentez, en tant que parent, vous pouvez bénéficier d'un crédit d'impôt pour frais de garde d'enfants.

Pour ce faire toutefois, la Municipalité de Saint-Germain-de-Grantham doit recueillir des renseignements personnels pour les communiquer à Revenu Québec et à l'Agence de revenu du Canada.

Pour bénéficier de ce crédit d'impôt, vous devez consentir à la communication de vos renseignements personnels (dont le NAS) à la Municipalité, à Revenu Québec et à l'Agence de revenu du Canada.

Vos renseignements personnels pourraient également être communiqués à Microsoft en raison de notre utilisation de leurs applications et outils dont Outlook.

Pour consentir à ces communications de renseignements personnels pour obtenir un crédit d'impôt veuillez cocher la case correspondante :

Je consens à ce que mes renseignements personnels soient communiqués à la Municipalité, à Revenu Québec, à l'Agence de revenu du Canada et à Microsoft afin de recevoir un crédit d'impôt.

Je ne consens pas à ce que mes renseignements personnels soient communiqués à la Municipalité, à Revenu Québec, à l'Agence de revenu du Canada et à Microsoft afin de recevoir un crédit d'impôt.

Si vous ne consentez pas à ces communications et à cette utilisation de vos renseignements personnels, il ne sera pas possible pour vous d'obtenir le crédit d'impôt pour frais de garde d'enfants.

Certains de vos renseignements personnels pourraient être communiqués à l'extérieur du Québec.

Parents, tuteurs et enfants disposent de droits d'accès et de rectification à leurs renseignements personnels. Vous pouvez également, dans les limites légales et contractuelles, demander le retrait de votre consentement à l'utilisation ou la communication de renseignements personnels. Pour vous renseigner sur l'étendue de ces droits ou sur leur exercice, visitez la Politique de confidentialité de notre Site Web.

Prénom/nom du parent ou tuteur

Signature du parent ou tuteur

Prénom/nom de l'enfant

_____/_____/_____
Date

**Vous devez remplir une fiche par enfant et nous la retourner OBLIGATOIREMENT avant le début du camp.
serviceloisirs@st-germain.info OU directement au bureau municipal**