

FICHE D'INSCRIPTION

Votre enfant sera inscrit officiellement sur réception du présent formulaire rempli, accompagné de la fiche santé de votre enfant et de votre paiement. Veuillez retourner le tout à :

info@orangesante.com

ou

CAMP DE JOUR ORANGE SANTÉ
295 Boulevard Saint-Luc,
Saint-Jean-sur-Richelieu, Québec, J2W 1C5

1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR L'ENFANT

Nom de famille :		Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
		Date de naissance :	/ /
Prénom :		Âge au 30 septembre :	
Adresse :		Années d'études complétée :	
Code postal :			

2. CHOIX DE FORFAITS

Dates	Options	Cochez	Tarif
29 juin au 21 août 2020	8 semaines	<input type="checkbox"/>	350\$ (- rabais de 155\$) = 195\$/sem 195 \$ x 8 semaines = 1560\$ +txs
	4 semaines	<input type="checkbox"/>	350\$ (- rabais de 155\$) = 195\$/sem 195\$ x 4 semaines = 780\$
Choix de semaine :	À la semaine	<input type="checkbox"/>	265\$/sem
	À la journée	<input type="checkbox"/>	60\$ par jour
Rabais	-10% pour 2 ^e enfant - 60\$*	<input type="checkbox"/>	- _____\$

3. SERVICE DE GARDE

	Options	Cochez	Tarif
Le matin (8 à 9h) <input type="checkbox"/>	À la journée	<input type="checkbox"/>	10 \$ par jour x _____
			Lu <input type="checkbox"/> Ma <input type="checkbox"/> Me <input type="checkbox"/> Je <input type="checkbox"/> Ve <input type="checkbox"/>
Le soir (16h à 17h) <input type="checkbox"/>	Par semaine	<input type="checkbox"/>	35 \$ + taxes

Personne qui est autorisé à aller le chercher le soir (autre que l'un des deux parents)?*	
Prénom :	Nom :
Lien avec l'enfant :	

* Veuillez noter que si ce n'est pas une personne autorisée qui vient chercher votre enfant, le personnel ne sera pas autorisé à le laisser partir, peu importe le lien de parenté qui l'unit à cette personne. Pour autoriser qui que ce soit dont le nom n'est pas mentionné à la section 4 du présent formulaire à aller chercher votre enfant, vous devez transmettre au préalable au service de garde un avis écrit précisant le nom de cette personne. Les semaines de rabais sont la 2-3-5-6-7

Mon enfant est AUTORISÉ à partir seul le soir. Oui Non

Je confirme que les renseignements inscrits ci-dessus sont exact

Signature

Nom, Prénom

____/____/____
Date

FICHE SANTÉ

**Vous devez nous retourner la fiche santé avec votre formulaire d'inscription.
S.V.P. remplir une fiche par enfant.**

1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR L'ENFANT

Nom de l'enfant :		Sexe :	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Prénom :		Âge lors du séjour :	
Adresse :		Date de naissance :	
		N° d'assurance-maladie (enfant) :	
Code postal :		Date d'expiration :	
Téléphone :		Clinique ou hôpital :	
Nom du médecin traitant :			
Téléphone du médecin :			

2. PARENTS OU TUTEUR

Nom du père :		Nom de la mère :	
Occupation :		Occupation :	
Adresse :		Adresse :	
Téléphone :	(Rés.)	Téléphone :	(Rés.)
	(Bur.)		(Bur.)
	(Cell.)		(Cell.)
Courriel :		Courriel :	
GARDE de l'enfant			
Père et mère <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Partagée <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/>			
Pour émission du relevé 24			
Nom du parent payeur :		NAS :	

3. EN CAS D'URGENCE

Personne à joindre en cas d'URGENCE :	
Père et mère <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/>	
Deux autres personnes à joindre en cas d'URGENCE :	
Prénom et nom :	Prénom et nom :
Lien avec l'enfant :	Lien avec l'enfant :
Téléphone (rés.) :	Téléphone (rés.) :

Téléphone (autre) :	Téléphone (autre) :
---------------------	---------------------

4. ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Votre enfant a-t-il déjà subi une intervention chirurgicale?		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Si oui, Date :		Raison :	
Blessures graves		Maladies chroniques ou récurrentes	
Date :		Date :	
Décrire :		Décrire :	
Votre enfant porte-t-il des prothèses?		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Décrire :			
A-t-il déjà eu les maladies suivantes?		Souffre-t-il des maux suivants?	
Varicelle	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Asthme	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Oreillons	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Diabète	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Scarlatine	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Épilepsie	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Rougeole	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Migraines	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Autres, préciser :		Autres, préciser :	

5. VACCINS ET ALLERGIES

A-t-il reçu les vaccins suivants?		Date	A-t-il des allergies?	
Tétanos	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Fièvre des foies	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Rougeole	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Herbe à puce	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Rubéole	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Piqûres d'insectes	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Oreillons	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Animaux*	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Polio	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Médicaments*	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
DcaT	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Allergies alimentaires*	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Autres, préciser :			*Préciser :	

Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Epipen, Ana-Kit) en raison de ses allergies?
 Oui Non

À SIGNER SI VOTRE ENFANT A UNE DOSE D'ADRÉNALINE

Par la présente, j'autorise les personnes désignées par le **Camp de jour Orange Santé** à administrer, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline _____ à mon enfant.

_____ Signature	_____ Nom, Prénom	____/____/____ Date
--------------------	----------------------	------------------------

6. MÉDICAMENTS

Votre enfant prend-il des médicaments?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, noms des médicaments :	Posologie :
Les prend-il lui-même? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Préciser :

J'autorise le personnel du Camp de jour Orange Santé à administrer à mon enfant, si nécessaire, les médicaments listés ci-dessus.

_____ Signature	_____ Nom, Prénom	____/____/____ Date
--------------------	----------------------	------------------------

7. MÉDICAMENTS EN VENTE LIBRE (SI APPLICABLE)

J'autorise le personnel du Camp de jour de la Ville / Municipalité XYZ à administrer à mon enfant, si nécessaire, un ou plusieurs médicaments sans ordonnance en vente libre.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Acétaminophène (Tylenol, Tempra)
<input type="checkbox"/> Antiémétique (Gravol)
<input type="checkbox"/> Antihistaminique (Benadryl, Reactine) | <input type="checkbox"/> Anti-inflammatoire (Advil)
<input type="checkbox"/> Sirop contre la toux
<input type="checkbox"/> Antibiotique en crème (Polysporin)
<input type="checkbox"/> Autre, préciser : _____ |
|---|---|

_____ Signature du parent / tuteur légal	_____ Nom, Prénom	____/____/____ Date
---	----------------------	------------------------

8. AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES

Votre enfant présente-t-il des problèmes de comportement?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, décrire :	
Votre enfant mange-t-il normalement?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si non, décrire :	
Y a-t-il des activités auxquelles votre enfant ne peut pas participer ou seulement moyennant certaines conditions?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, expliquer :	
Fille : A-t-elle commencé à être menstruée? Oui <input type="checkbox"/>	Non, et elle n'est pas renseignée <input type="checkbox"/>
	Non, mais elle est renseignée <input type="checkbox"/>
Y a-t-il des considérations particulières à ce sujet?	

9. AUTORISATION DES PARENTS

- Étant donné que le Camp de jour Orange Santé prendra des photos et (ou) des vidéos au cours des activités de mon enfant durant l'été, je l'autorise à se servir de ce matériel en tout ou en partie à des fins promotionnelles. Tout le matériel utilisé demeurera la propriété du Camp de jour Orange 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 de mon enfant.
- En signant la présente, j'autorise le Camp de jour Orange Santé à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Si la direction du Camp de jour Orange Santé le juge nécessaire, je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire.
- Je m'engage à collaborer avec la direction du Camp de jour Orange Santé et à venir la rencontrer si le comportement de mon enfant nuit au bon déroulement des activités.

Signature du parent / tuteur légal

Nom, Prénom

___/___/___
Date

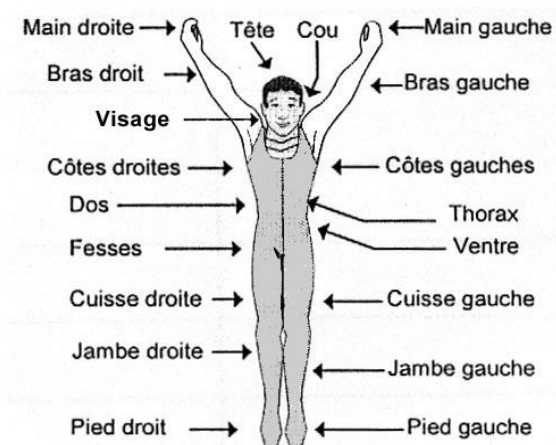
RAPPORT D'ACCIDENT

1. IDENTIFICATION

Nom de l'accidenté(e) :	
Âge :	
Adresse :	
Code postal :	
Téléphone :	
Numéro d'assurance-maladie :	
Date d'expiration :	
Participant <input type="checkbox"/> Personnel <input type="checkbox"/> *Doit remplir un rapport de CSST Autres <input type="checkbox"/> Spécifiez :	

2. DESCRIPTION

Encerclez l'endroit sur le corps où la personne s'est blessée.



Lieu de l'événement :	
Date et heure :	
Décrivez brièvement :	

3. TRAITEMENT AU CAMP DE JOUR

L'accidenté(e) a été examiné(e) et traité(e).	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Si oui, par qui? Nom	
Fonction	
Endroit de l'examen	
Date et heure de l'examen	
Traitement(s) :	

VEUILLEZ PRENDRE NOTE QUE TOUTES LES INFORMATIONS CONCERNANT L'ÉTAT DE SANTÉ DE VOTRE ENFANT DEMEURERONT CONFIDENTIELLES. ELLES SERONT TRANSMISES UNIQUEMENT À SON ANIMATEUR ET À SON RESPONSABLE AFIN DE PERMETTRE UN MEILLEUR ENCADREMENT AINSI QU'UNE INTERVENTION PLUS EFFICACE EN CAS D'URGENCE.

CAMP DE JOUR ORANGE SANTÉ | ÉDITION 2020

Médicament(s) :	
Les parents ont-ils été prévenus?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Si l'événement nécessite un transport, précisez :	Transport ambulancier <input type="checkbox"/> Nom de l'entreprise : _____ Transport par le personnel du camp de jour <input type="checkbox"/> Nom du conducteur : _____
Date et heure du transport :	
Accompagnateur de la victime :	
Fonction au camp :	

5. TRAITEMENT À LA CLINIQUE / À L'HÔPITAL

Nom de la clinique / hôpital :	
Nom du (de la) professionnel(le) traitant(e) :	
Fonction :	
Traitement(s) :	
Médicament(s) :	
Prescription :	
Date et heure :	

6. NOMS ET ADRESSES DES TÉMOINS

Nom du témoin 1 :	
Âge :	
Adresse :	
Code postal :	
Téléphone :	

Nom du témoin 2 :	
Âge :	
Adresse :	
Code postal :	
Téléphone :	

7. SUIVI

L'enfant a-t-il participé aux activités après l'accident?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Suivi fait par :	
Date :	
Signature :	

Rapport d'accident rempli par : _____ **Fonction :** _____

Signature : _____ **Date :** _____

VEUILLEZ PRENDRE NOTE QUE TOUTES LES INFORMATIONS CONCERNANT L'ÉTAT DE SANTÉ DE VOTRE ENFANT DEMEURERONT CONFIDENTIELLES. ELLES SERONT TRANSMISES UNIQUEMENT À SON ANIMATEUR ET À SON RESPONSABLE AFIN DE PERMETTRE UN MEILLEUR ENCADREMENT AINSI QU'UNE INTERVENTION PLUS EFFICACE EN CAS D'URGENCE.

CAMP DE JOUR ORANGE SANTÉ | ÉDITION 2020

Termes et conditions :

1. L'utilisateur accepte que les remboursements ne seront accordés qu'en accord avec la loi de la protection du consommateur. Pour tout remboursement, des frais de 30,00 \$ seront retenus.
2. L'utilisateur s'engage à informer le Orange Santé de tout problème médical connu chez son enfant en remplissant la fiche médicale prévue à cet effet.
3. L'utilisateur s'engage à donner les renseignements les plus exacts possible à sa connaissance.
4. L'utilisateur est d'accord pour qu'Orange Santé puisse stocker et utiliser aux fins d'administration les informations personnelles qui lui auront été confiées, et ce dans le respect des principes de confidentialité (sauf le numéro de carte de crédit dont seulement les quatre derniers chiffres sont conservés pour fin d'information).
5. L'utilisateur autorise Orange Santé à utiliser des photos de son enfant dans le cadre du camp, dans le but unique de promouvoir une activité de la clinique.

RECONNAISSANCE DE RISQUE COVID-19

Le nouveau coronavirus, COVID-19, a été déclaré pandémie mondiale par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Le COVID-19 est extrêmement contagieux et se propagerait principalement par contact de personne à personne. Par conséquent, les autorités gouvernementales, tant locales que provinciales et fédérales, recommandent diverses mesures et interdisent divers comportements, le tout dans le but de réduire la propagation du virus. Soccer haut-Richelieu et ses membres, s'engagent à se conformer à toutes les exigences et recommandations de la Santé publique du Québec et autres autorités gouvernementales, et à mettre en place et adopter toutes les mesures nécessaires à cet effet. Cependant le camps Orange Santé ne peut garantir que vous (ou votre enfant, si le participant est mineur/ou la personne dont vous êtes le tuteur ou le responsable légal) ne serez pas infecté par le COVID-19. Par ailleurs nous mettons en place toutes les mesures nécessaires pour réduire le risque de contagions. Selon les normes de Santé Publique et de l'ACQ

En inscrivant mon enfant,

- 1) Je reconnais la nature hautement contagieuse du COVID-19 et j'assume volontairement le risque que je (ou mon enfant, si le participant est mineur/ou la personne dont je suis le tuteur ou le responsable légal) puisse être exposé ou infecté par le COVID-19 par ma (sa) participation aux activités de (Nom de la Fédération) ou de (nom du Club/de la Ligue). L'exposition ou l'infection au COVID-19 peut notamment entraîner des blessures, des maladies ou autres affections ;
- 2) Je déclare que ma participation (ou celle de mon enfant, si le participant est mineur/ou la personne dont je suis le tuteur ou responsable légal) aux activités de Orange Santé est volontaire ;
- 3) Je déclare que ni moi (ou mon enfant, si le participant est mineur/ou la personne dont je suis le tuteur ou responsable légal), ni personne habitant sous mon toit, n'a manifesté des symptômes de rhume ou de grippe (incluant de la fièvre, toux, mal de gorge, maladie respiratoire ou des difficultés respiratoires) au cours des 14 derniers jours ;
- 4) Si moi (ou mon enfant, si le participant est mineur/ou la personne dont je suis le tuteur ou

VEUILLEZ PRENDRE NOTE QUE TOUTES LES INFORMATIONS CONCERNANT L'ÉTAT DE SANTÉ DE VOTRE ENFANT DEMEURERONT CONFIDENTIELLES. ELLES SERONT TRANSMISES UNIQUEMENT À SON ANIMATEUR ET À SON RESPONSABLE AFIN DE PERMETTRE UN MEILLEUR ENCADREMENT AINSI QU'UNE INTERVENTION PLUS EFFICACE EN CAS D'URGENCE.

CAMP DE JOUR ORANGE SANTÉ | ÉDITION 2020

responsable légal), éprouve des symptômes de rhume ou de grippe après la signature de la présente déclaration, je (ou mon enfant si le participant est mineur/ou la personne dont je suis le tuteur ou responsable légal) m'engage à ne pas me (se) présenter ou participer aux activités du camp durant au moins 14 jours après la dernière manifestation des symptômes de rhume ou de grippe.

5) Je déclare que ni moi (ou mon enfant, si le participant est mineur/ou la personne dont je suis le tuteur ou responsable légal), ni personne habitant sous mon toit, n'a voyagé ou fait escale à l'extérieur du Canada, ni dans aucune province à l'extérieur du Québec dans les 14 derniers jours.

Le présent document demeurera en vigueur jusqu'à ce qu'Orange Santé reçoive les directives des autorités gouvernementales provinciales et de la Santé publique du Québec, à l'effet que les engagements contenus à la présente déclaration ne sont plus nécessaires.