

## Camp de Jour 2022 – CSSH Fiche d’inscription



**Dû à un nombre de places limitées, les inscriptions seront acceptées suivant la méthode de « premier arrivé, premier servi ».**

**Les inscriptions seront acceptées au moment de la réception du paiement.**

### Informations de l’enfant :

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
(aaaa/mm/jj)

Numéro d’assurance maladie : \_\_\_\_\_ Date d’expiration : \_\_\_\_\_

Habitez-vous dans la ville de Longueuil (Greenfield Park, Saint-Hubert ou Vieux-Longueuil)? Oui  Non

### Informations sur l’adresse du paiement et du tuteur/parent :

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone (maison) : \_\_\_\_\_ Téléphone (cellulaire) : \_\_\_\_\_

Adresse courriel 1 : \_\_\_\_\_ Adresse courriel 2 : \_\_\_\_\_

\* À noter que toute l’information concernant le camp sera aussi envoyée par courriel. Il est important d’écrire l’adresse clairement.

	Du	Au	Camp de jour seulement 155\$	Service de garde (SDG) 35\$	SDG matin 20\$	SDG soir 20\$	Total
Semaine 1	27/06/2022	01/07/2022					
Semaine 2	04/07/2022	08/07/2022					
Semaine 3	11/07/2022	15/07/2022					
Semaine 4	18/07/2022	22/07/2022					
Semaine 5	25/07/2022	29/07/2022					
Semaine 6	01/08/2022	05/08/2022					
Semaine 7	08/08/2022	12/08/2022					
						Grand total :	

Chèque # : \_\_\_\_\_

Comptant (payé sur place au début du camp)

Virement Interac

Date : \_\_\_\_\_ Réception du paiement (CSSH) : \_\_\_\_\_

#### **Remboursement**

- Les frais d'administration de 50 \$ sont retenus sur toutes les inscriptions.
- Les remboursements seront considérés si demandé au moins 10 jours avant la semaine d'inscription.

#### **Paiement**

- Virement Interac: Faire un virement Interac à l'adresse courriel suivante [tresorier@soccerst-hubert.com](mailto:tresorier@soccerst-hubert.com) , avec comme mot de passe *Spatial*.
- Chèque: Doit être libellé au nom **du CSSH (Club de Soccer St-Hubert)**. Vous pouvez poster votre formulaire ainsi que le chèque à l'adresse suivante : Club de soccer de St-Hubert, 4680 rue Quevillon, St-Hubert, QC, J3Y 2V2
- Il est recommandé de faire l'inscription en ligne à l'adresse [camps@soccerst-hubert.com](mailto:camps@soccerst-hubert.com) étant donné le nombre restreint de places
- Seule la réception du paiement peut garantir votre inscription.
- Réduction de **15\$ pour un deuxième enfant.**
- Les inscriptions seront faites suivant la méthode **premier arrivé, premier servi**
- Nous traiterons les inscriptions que nous recevrons en premier.
- Un courriel vous sera envoyé si votre enfant est inscrit au camp.

#### **Informations pour la fréquentation de la piscine**

- L'ouverture des piscines intérieures n'a pas été encore annoncée alors le camp de soccer du CSSH ne peut vous confirmer cette option.

**Section 1 :**

<b>Nom du camp de jour ou de l'école :</b>	<b>Camp de jour – Club de soccer St-Hubert</b>
Nom de l'enfant :	
Âge de l'enfant :	
Nom du parent ou du tuteur de l'enfant :	
Numéro de téléphone (de jour) du responsable de l'enfant :	
Autre numéro d'urgence :	
Allergies ou médicaments :	

**Section 2 :**

<b>Habilités</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Je ne sais pas</b>
Mon enfant doit porter une veste de sauvetage pour toutes les sorties aquatiques.			
Mon enfant est capable de mettre sa tête dans l'eau.			
Mon enfant est capable de sauter seul, à partir du bord de la piscine, et revenir au bord à la nage, et ce, sans aide flottante.			
Mon enfant est capable de nager sur le ventre et sur le dos sans aide flottante, sur une distance minimale de 15 mètres et ce, sans s'arrêter.			
Mon enfant a des <b>besoins particuliers</b> (cécité, handicaps, problèmes médicaux, etc.)			

Je comprends que, que par sa nature, le soccer comporte certains risques de blessures. Même si toutes les précautions sont prises et que l'apprentissage se fera dans un environnement amusant, les risques ne peuvent être éliminés complètement.

Par la présente, je certifie que les renseignements fournis sur la fiche médicale sont exacts et que s'il y a des changements, j'aviserai l'éducateur sur place.

En signant ce formulaire, j'atteste que j'ai bien lu et compris les informations s'y trouvant et j'accepte les conditions décrites.

Signature du parent: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

\* Vous recevrez un courriel à la mi-juin incluant toutes les informations nécessaires au bon déroulement du camp



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

### **2. RÉPONDANT(S) DE L'ENFANT :**

Nom complet du PÈRE :	Nom complet de la mère :
Téléphone (travail) :	Téléphone (travail) :
Cellulaire ou autre numéro :	Cellulaire ou autre numéro :

### **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"/> Autre : _____ <input type="checkbox"/>	
Deux <b>autres</b> personnes à joindre en cas d'urgence :	
Nom complet :	Nom complet :
Lien avec l'enfant :	Lien avec l'enfant :
Téléphone (résidentiel) :	Téléphone (résidentiel) :
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 :	
Blessure grave :		Maladie chronique ou récurrentes :	
Date :		Date :	
Description :		Description :	
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"/>
Autre, préciser :		Autre, 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 foins :	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 :	
<p>Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Epipen, Ana-Kit) en raison de ses allergies? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p><b>À signer si votre enfant a une dose d'adrénaline :</b></p> <p>_____</p>				
<p>Par la présente, j'autorise les personnes désignées par le Camp de jour du Club de Soccer Saint-Hubert à administrer, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline _____ à mon enfant.</p> <p>_____</p>				
Signature du parent				

**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 :
<p><b>Si votre enfant doit prendre des médicaments, vous devrez, à votre arrivée au camp de jour, remplir un formulaire d'autorisation de prise de médicament afin que les responsables puissent distribuer le médicament prescrit à votre enfant.</b></p>	

### **7. Autres informations pertinentes :**

\* Les informations qui suivent nous aideront à mieux intervenir auprès de votre enfant.

Votre enfant présente-il des problèmes de comportements?	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 :	
<b>Veillez 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.</b>	

### **8. Autorisation des parents :**

- 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 du Club de Soccer de Saint-Hubert à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Si la direction du Camp de jour du Club de Soccer de Saint-Hubert 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 du Club de Soccer de Saint-Hubert et à venir la rencontrer si le comportement de mon enfant nuit au bon déroulement des activités.

\_\_\_\_\_  
Nom complet du parent ou tuteur

\_\_\_\_\_  
Signature du parent ou tuteur

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Date



## Reconnaissance de risque COVID-19

Le 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 Québec et ses membres, dont le Club de Soccer de Saint-Hubert fait partie, 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 Soccer Québec et le Club de Soccer de Saint-Hubert ne peuvent 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. De plus, votre participation aux activités pourrait augmenter vos risques de contracter le COVID-19, malgré toutes les mesures en place.

-----  
En signant le présent document,

- 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 Soccer Québec ou du Club de Soccer de Saint-Hubert. 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 Soccer Québec ou du Club de Soccer de Saint-Hubert 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 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 de Soccer Québec (ou du Club de Soccer de Saint-Hubert) 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. Si je (ou mon enfant si le participant est mineur/ou la personne dont je suis le tuteur ou responsable légal) voyage à l'extérieur de la province de Québec après avoir signé la présente Club de soccer de St-Hubert, 4680 rue Quevillon, St-Hubert, QC J3Y 2V2 450-656-7622 Page 9 de 9 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 de Soccer Québec (ou du Club de Soccer de Saint-Hubert) durant au moins 14 jours après la de retour de voyage.

Le présent document demeurera en vigueur jusqu'à ce que Soccer Québec 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.

J'AI SIGNÉ LA PRÉSENTE DÉCLARATION LIBREMENT ET EN TOUTE CONNAISSANCE DE CAUSE.

\_\_\_\_\_

Nom du participant (lettres moulées)

\_\_\_\_\_

Nom du parent/tuteur/responsable légal (si le participant est mineur ou ne peut légalement donner son accord)

\_\_\_\_\_

Signature du parent

\_\_\_\_\_

Signature du  
parent/tuteur/responsable légal

Lieu : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_