

Camp d'été Virtuel 2021

Éric Demers 905-734-1141 x 2364

eric.demers@cshn.ca

* If you need help to complete this form, please call

Kristopher Cyr Chapados at 905-734-1141 x 2353

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX: ADULTE(S) RESPONSABLE(S)

1	Nom de famille:		Prénom:		
	Adresse:		Ville:	Code postal:	
	No. de téléphone:		No. de cellulaire:		
	Première source de contact: Téléphone de maison <input type="checkbox"/> ou Cellulaire <input type="checkbox"/>		Laissez un message si indisponible: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
	Courriel:		Langue(s): <input type="checkbox"/> français <input type="checkbox"/> anglais		
	Relation à l'enfant: <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> grand-parent <input type="checkbox"/> gardien <input type="checkbox"/> autre:			Vit avec l'enfant: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
2	Nom de famille:		Prénom:		Langue(s): <input type="checkbox"/> français <input type="checkbox"/> anglais
	No. de téléphone:		No. de cellulaire:		
	Relation à l'enfant: <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> grand-parent <input type="checkbox"/> gardien <input type="checkbox"/> autre:			Vit avec l'enfant: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX: Enfant(s)

1	Nom de famille:		Prénom:		
	Sexe: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance (jj/mm/aaaa):		Allergies:	
	No. carte de santé et code de version:			Expiration (jj/mm/aaaa):	
	Trouble de comportement ou d'apprentissage (ex. TDAH, Spectre d'autisme):				
	Citoyenneté canadienne: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			Enfant né au Canada: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
	S'il est né à l'extérieur, indiquez le pays d'origine et la date d'arrivée au Canada (jj/mm/aaaa):				
	Nom de l'école:			Année scolaire:	
	2	Nom de famille:		Prénom:	
Sexe: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Date de naissance (jj/mm/aaaa):		Allergies:	
No. carte de santé et code de version:			Expiration (jj/mm/aaaa):		
Trouble de comportement ou d'apprentissage (ex. TDAH, Spectre d'autisme):					
Citoyenneté canadienne: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			Enfant né au Canada: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
S'il est né à l'extérieur, indiquez le pays d'origine et la date d'arrivée au Canada (jj/mm/aaaa):					
Nom de l'école:			Année scolaire:		
3		Nom de famille:		Prénom:	
	Sexe: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance (jj/mm/aaaa):		Allergies:	
	No. carte de santé et code de version:			Expiration (jj/mm/aaaa):	
	Trouble de comportement ou d'apprentissage (ex. TDAH, Spectre d'autisme):				
	Citoyenneté canadienne: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			Enfant né au Canada: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
	S'il est né à l'extérieur, indiquez le pays d'origine et la date d'arrivée au Canada (jj/mm/aaaa):				
	Nom de l'école:			Année scolaire:	

AUTRES INFORMATIONS		
Contact d'urgence:		
Nom:	Lien:	No. de téléphone:
Nom:	Lien:	No. de téléphone:
Nom:	Lien:	No. de téléphone:
Consentement quant à l'utilisation de photographes et de vidéos :		
Je donne la permission au Centre de santé communautaire Hamilton/Niagara de prendre des photos et des vidéos de mon enfant afin de promouvoir les services du Centre de santé (e.x. site web, dépliants, présentations publiques): <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
Comment avez-vous pris connaissance du camp d'été?		

Veillez sélectionner les semaines et activités dans lesquelles vous aimeriez participer. Il y a un maximum de 25 participants/semaine et les inscriptions fonctionnent en *premier arrivé, premier servi*. Chaque activité sera présentée une fois par semaine pour une durée de 60 à 90 minutes. Les activités des mercredis seront offertes en personne au Centre de santé communautaire à Welland **ET** de façon virtuelle. Lors des journées se déroulant au CSCHN, il aura un maximum de 15 participants/jour. Le camp offre 5 jours d'activités virtuelles et 1 journée d'activités en personne.

SÉLECTIONNER VOTRE CHOIX DE SEMAINES	Coding	Mad Science	Cuisson et Zumba au CSCHN*	Invité Spécial et Pound	Club d'échec
Semaine 1 du 5 au 9 juillet 2021					
Semaine 2 du 19 au 23 juillet 2021					
Semaine 3 du 9 au 13 août 2021					
Semaine 4 du 23 au 27 août 2021					

*Cuisson et Zumba seront aussi des activités offertes de façon virtuelle.

CODE DE VIE
<ul style="list-style-type: none"> Les valeurs organisationnelles du CSCHN visent à favoriser un climat sain, sécuritaire et harmonieux. Ces programmes ont été créés dans le but de permettre aux membres de la famille de participer à des activités qui favorisent l'inclusion sociale et le développement personnel ainsi que l'autonomie. Ceci, par des activités de qualité qui sont à la fois éducatives et récréatives, et qui promeuvent la santé et le bien-être. Le CSCHN a mis en place une politique de « non-tolérance » contre les actes de violence, la discrimination, et le harcèlement. Le CSCHN, ainsi que le personnel offrant des programmes, ne sont pas tenus de fournir des services aux clients qui posent un risque de sécurité au personnel ou aux participants des programmes. Si nous voulons atteindre ce but, le CSCHN et les familles doivent travailler ensemble à l'application de ces règles. Les parents et leurs enfants sont donc sollicités à travailler en équipe avec la coordinatrice ainsi qu'avec le personnel.

RÈGLES DE CONDUITE À L'INTÉRIEUR DU CODE DE VIE

- Le code de vie est basé sur la valeur du **RESPECT**, afin d'éviter la violence physique autant que verbale, et de contrer le phénomène d'intimidation dans le cadre des programmes offerts au CSCHN.
- Le client s'engage à respecter le matériel qui est mis à sa disposition par le CSCHN.
- Le client s'engage à être respectueux dans ses paroles et ses gestes, et ce, envers toutes les personnes qu'il côtoie (animateurs, coordonnateurs, autres clients).
- Dans les cas de violence verbale (cris, menaces, injures, moqueries, etc.) et physique (bousculades, batailles, gestes obscènes, etc.), le CSCHN se réserve le droit de retirer un client, et ce sans délai si la situation l'exige.
- Le client s'engage à être ponctuel et à récupérer son enfant après l'activité, à l'heure prescrite.

J'ai lu et j'ai compris ce formulaire, et j'accepte de respecter le code de vie et les règles de conduite ci-dessus.

Signature:

Date:

POUR LES NOUVEAUX CLIENTS SEULEMENT

RENSEIGNEMENTS SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE L'ADULTE RESPONSABLE

Recueillis à seules fins statistiques et exploités anonymement

Langue(s) parlée(s):

Pays d'origine / Origine ethnique:

Race / origine ethnique: blanche occidentale noire hispanique orientale amérindienne

Niveau de scolarité le plus élevé obtenu:

- préscolaire
 primaire
 secondaire
 collège
 université
 ne sait pas
 aucune scolarité officielle

Revenu familial annuel provenant de toutes les sources:

- 0-14,999\$
 15,000-19,999\$
 20,000-24,999\$
 25,000-29,999\$
 30,000-34,999\$
 40,000-59,999\$
 + de 60,000\$
 ne sait pas
 refus de répondre

État civil actuel:

- célibataire
 conjoint de fait
 marié(e)
 séparé(e)
 divorcé(e)
 veuf / veuve

Composition actuelle de la famille:

- mère, père, enfants
 couple sans enfant
 vivant seul(e)
 couple de même sexe
 grands-parents avec petit(s) enfant(s)
 enfant(s) de mêmes parents
 famille élargie
 famille monoparentale (mère)
 famille monoparentale (père)
 famille homoparentale
 compagne(gnon) sans lien de parenté

Occupation actuelle:

Nombre de personnes dépendant de ce revenu:

Logement: maison privée appartement / townhouse loué chambre résidence / soins de longues durées
 logement temporaire abri loger chez des ami(e)s autre: