



DÉPARTEMENT DES SERVICES D'INSPECTION

DEMANDE DE LICENCE POUR LES CAMPS DE LOISIRS

DATE _____ NO DU PERMIS _____
NOM DU CAMP _____ N° DE TÉLÉPHONE _____
ADRESSE DU CAMP EN SAISON _____
VILLE _____ ZIP _____
PROPRIÉTAIRE DU CAMP _____
R LE CENTRE COMMUNAUTAIRE (D/B/A) _____
ADRESSE POSTALE HORS SAISON _____
VILLE _____ ZIP _____
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE EN HIVER _____

COURRIEL (sera utilisé pour envoyer les inspections) _____
DIRECTEUR DU CAMP _____

*****Tous les exploitants de camps sont tenus de présenter un manuel de politiques et de procédures actualisé. Les nouveaux directeurs de camp et les camps désignés doivent prévoir un examen d'approbation préliminaire au sein de la division de la santé avant de commencer à fonctionner. Tous les membres du personnel du camp doivent satisfaire à des exigences minimales et fournir des documents attestant de leur formation ou de leur expérience pour pouvoir travailler.**

TYPE DE CAMP : Résidentiel (fonctionne 24 heures et plus) _____ Journée (fonctionne moins de 24 heures) _____ Sports _____ Voyages _____
Si vous avez un **camp médical** ou des campeurs ayant des **besoins particuliers**, veuillez noter leurs besoins spécifiques :

Prévoyez-vous des nuits supplémentaires? Oui _____ Non _____ Où? _____

Durée de la saison de camp : _____ à _____ Heures : _____ A.M. _____ P.M.
(début) (fin)

Nombre de sessions par saison : _____ Dates de la session : _____

Campeurs Par saison : _____ Nombre d'employés Par Saison : _____



DÉPARTEMENT DES SERVICES D'INSPECTION

(Nombre maximum de campeurs) (Encadrement des campeurs)

Nombre de volontaires Par Saison : _____ Capacité du bâtiment : _____

Certificat d'inspection/bâtiment Division : Numéro de certificat _____ Expiration
_____ Date de l'inspection du service des incendies du camp de loisirs _____

(informations en ligne sur l'inspection du service des incendies du camp de loisirs)

Quel type d'alarme incendie, de détecteur ou d'équipement de lutte contre l'incendie est présent?

Le propriétaire ou le directeur du camp a-t-il obtenu et examiné le rapport CORI/Juvenile et SORI de chaque membre du personnel et de chaque bénévole et a-t-il déterminé qu'il n'y avait pas de disqualification dans leurs antécédents? Le personnel saisonnier doit faire l'objet d'un examen chaque saison.

Oui _____ Non _____

Les membres du personnel et les bénévoles ne peuvent pas gérer le camp tant qu'ils n'ont pas fait l'objet d'une vérification suffisante de leurs antécédents et qu'ils n'ont pas été exemptés de toute disqualification. (*Rapports CORI/Juvenile et SORI, antécédents professionnels, références - comme requis pour tous les employés/bénévoles)

Le directeur et le personnel du camp répondent aux critères d'éligibilité, ont suivi la formation requise et ont examiné et compris le 105 CMR 430.000 Normes minimales pour les camps de loisirs avant le début du camp Oui _____ Non _____ Si en attente, fournir la date _____

SERVICE ALIMENTAIRE :

Les aliments sont-ils manipulés, servis ou préparés? Oui _____ Non _____ Permis de restauration #
_____ (fournir une copie) Dans quelle mesure? _____

Collations _____ Cuisinées et servies par le personnel _____ Traiteur _____ Si oui, par qui?

Les denrées périssables sont-elles réfrigérées? Oui _____ Non _____

AIRE DE BAIGNADE :

Possédez-vous ou utilisez-vous des installations aquatiques récréatives (plage, piscine, lac, étang, fontaine ou parc aquatique)? Cochez toutes les cases correspondantes.

Eau douce _____ Océan _____ Piscine/installations aquatiques _____ Autre (expliquer)
_____ Aucun _____

Si oui, emplacement de toutes les plages et parcs aquatiques



DÉPARTEMENT DES SERVICES D'INSPECTION

Si oui, emplacement de la piscine ou de l'installation aquatique

directeur aquatique responsable de la supervision de la piscine ou de l'aire(s) de natation?

Qualifications du directeur des sports aquatiques :

Moniteur de sécurité aquatique ou équivalent Oui _____ Non _____

Formation à la RCP Oui _____ Non _____

Formation aux premiers secours..... Oui _____ Non _____

Nom(s) des autres sauveteurs sur place et qualifications : _____

Si le(s) site(s) de baignade ne se trouve(nt) pas dans le camp permanent, le(s) site(s) a-t-il(ont) été inspecté(s) par des agents chargés de la réglementation et approuvée par le directeur des sports aquatiques et le responsable du camp? Oui _____ Non _____

etLe camp participe-t-il à des activités nautiques? Oui _____ Non _____

Emplacement _____

Il est IMPÉRATIF d'inclure l'itinéraire du camp, la liste des activités spécialisées et les plans de voyage ci-dessous et de les remettre aux parents :

ALIMENTATION EN EAU : Public _____ Emplacement des puits hors site/privés _____

S'il s'agit d'un échantillon privé, date de l'échantillonnage _____

Par qui? _____

Résultats _____

REFUGES - CAMPS DE JOUR/RÉSIDENTIELS : Conforme(s) aux exigences actuelles en matière de construction et de logement _____ Oui

TOILETES/SALLES DE DOUCHE : Nombre de toilettes pour les femmes _____ pour les femmes _____

Lavabos pour les femmes _____ pour les femmes _____

Douches pour les femmes _____ pour les femmes _____

ÉLIMINATION DES EAUX : Public _____ Privé _____ (veuillez préciser) _____



DÉPARTEMENT DES SERVICES D'INSPECTION

SOINS MÉDICAUX : Qui est responsable des soins médicaux ou des premiers secours **sur le camp**?

Nom du (des) responsable(s) des soins de santé disponible(s) sur chaque site de camp :

Nom du médecin (consultant en soins de santé qualifié) "de garde" chargé de former le personnel :

_____ Numéro de licence _____

Adresse _____

Numéro de téléphone _____

Nom et adresse de l'hôpital utilisé pour les services d'urgence : _____

Le camp dispose-t-il de véhicules de transport ou est-il sous contrat avec un tel véhicule? Oui Non

Avez-vous vérifié que le conducteur est titulaire d'un permis de conduire en bonne et due forme et qu'il remplit les conditions requises? Oui Non

Prévoir un examen préliminaire et fournir une copie des politiques et procédures requises et mises à jour annuellement pour cette nomination.

La cotisation annuelle de 50 \$ pour le camp de loisirs est (cochez une case) Ci-joint Déjà payé S.O.

Signé : _____ (**Non valable** sans la signature du propriétaire/opérateur)

Les demandes incomplètes et non signées peuvent ne pas être éligibles pour la délivrance d'un permis d'exploitation.

Date : _____