



CENTRES DE VACANCES POUR ENFANTS

**VEUILLEZ RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS, EN INSCRIVANT
« SANS OBJET » SI LA QUESTION N'EST PAS PERTINENTE.**

1. **Nom du proposant :**

2. **Adresse postale :**

Site Web :

Téléphone :

3. **Désignation et adresse du centre :**

4. **Expérience du Proposant dans ce domaine :**

5. **Depuis combien de temps le Proposant exerce-t-il ses activités ?**

Annexez les dépliants / brochures.

6. **Type de centre :**

A. Camp de jour

Colonie de vacances
(Durée moyenne du séjour _____ jours)

B. Privé

Institutionnel

D'entreprise

7. Mode d'hébergement des enfants : _____

Exigez-vous des parents un formulaire de consentement avec décharge ? Oui Non
Si oui, annexe-en un exemplaire.

Tranche d'âge des enfants : _____ Nombre moyen d'enfants par jour : _____
Nbre de jours d'activité par semaine : _____ Nbre de semaines par an : _____
Date d'ouverture du centre : _____ Date de fermeture : _____

8. Recettes annuelles : _____ Masse salariale : _____
Nbre total de salariés : _____ Nbre total de bénévoles : _____
Les salariés sont-ils tous couverts par la CSST ou la CSPAAT ? Oui Non
Si non, indiquez combien ne le sont pas, par poste, ainsi que les salaires approximatifs : _____

9. Des conseillers surveillent-ils toujours les enfants ? Oui Non
Âge minimum des conseillers : _____ Ratio minimum conseiller / enfants : _____
Pourcentage de conseillers des années précédentes qui reviennent : _____ %

Quelle formation les conseillers reçoivent-ils ?

Quelle formation, attestation ou expérience les conseillers doivent-ils avoir ?

Vérifie-t-on si les conseillers ont des antécédents criminels ?

10. Liste de tous les bâtiments du centre, avec toutes précisions utiles sur leur construction et leur protection (alarmes d'incendie, etc.). (Annexe un plan des lieux montrant toutes les installations.

Qui est responsable de l'entretien des bâtiments et autres installations ?

Certaines installations sont-elles ouvertes au public ?
Si oui, précisez :

Oui Non

11. Listes des activités ou sports auxquels les enfants peuvent participer. Précisez s'ils se déroulent sur les lieux ou ailleurs

Faites-vous appel à des sous-traitants pour certains sports ou activités ? Lesquels ?

Exigez-vous de tous les sous-traitants (y compris ceux responsables de l'entretien) des attestations d'assurance de la Responsabilité Civile ?
Si non, précisez :

Oui Non

12. Y a-t-il des endroits pour se baigner ?
Si oui, précisez :

Oui Non

	Périmètre de sécurité	Profondeur max.	Profondeur min.
Lac	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Rivière	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Mer	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Piscine	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

Y a-t-il des plongeurs ou des glissades d'eau ?
Précisez l'endroit et la hauteur :

Oui Non

Des avertissements / consignes sont-ils affichés ?
Lesquels :

Oui Non

Les baignades de nuit sont-elles permises ?

Oui Non

Des sauveteurs sont-ils toujours présents ?
Si non, précisez :

Oui Non

Les sauveteurs sont-ils tous qualifiés (par la Croix-Rouge, etc.) ?

Oui Non

13. Liste de toutes les embarcations (le cas échéant) :

Type	Usage	N ^{bre} de chaque type	Longueur	Puissance (HP) du moteur	Propriété du Proposant	En location	Autre

Les gilets de sauvetage sont-ils obligatoires ?

Oui Non

Des sauveteurs sont-ils présents ?

Oui Non

Y a-t-il des embarcations de secours ?

Oui Non

14. Les lieux sont-ils inspectés par les autorités sanitaires ?
Si oui, date de la dernière inspection :

Oui Non

Satisfaisants Insatisfaisants

15. Les enfants doivent-ils tous obtenir un certificat médical de leur médecin de famille ?

Oui Non

Médicaments :

Tenez-vous un registre des allergies ou besoins spéciaux des enfants ?
Précisez :

Oui Non

Y a-t-il toujours des EPIPEN sur place et le personnel sait-il s'en servir ?

Oui Non

Où se trouve le centre médical le plus proche ? _____

Distance : _____

Y a-t-il sur place une infirmière qualifiée ou autre personne ayant reçu une formation médicale ?
Précisez :

Oui Non

Avez-vous un plan d'urgence écrit pour le cas où un enfant tomberait malade ou se blesserait ?
Précisez et annexe-en un exemplaire :

Oui Non

Si vous servez de la nourriture et des boissons, qui les prépare ? _____

Qui inspecte la cuisine et à quelle fréquence ? _____

Les besoins alimentaires spéciaux des enfants souffrant d'allergies, par exemple, sont-ils
consignés et communiqués aux personnes qui préparent la nourriture ?
Précisez :

Oui Non

16. Le Proposant est-il assuré actuellement ?
Si oui, nom de l'assureur ?

Oui Non

Prime : _____

Montant de garantie : _____

L'assurance actuelle est-elle basée sur la date des réclamations ?
Si oui, date limite de rétroactivité :

Oui Non

L'assureur est-il disposé à renouveler le contrat ?
Si non, expliquez pourquoi :

Oui Non

L'assurance couvre-t-elle toutes les activités du Proposant ?
Si non, précisez :

Oui Non

17. **Sinistres antérieurs :**

Indiquez le coût total (au premier dollar) de chaque réclamation, y compris les frais de défense et la franchise. Incluez les sinistres des sociétés qui ont été absorbées par la vôtre ou qui ont fusionné avec elle.

Date du sinistre	Nature du sinistre et des dommages corporels ou matériels	MONTANT				État
		Provision	Payé	Frais	Franchise	

À votre connaissance, y a-t-il d'autres événements susceptibles d'entraîner des réclamations contre vous ?
Si oui, précisez :

Oui Non

18. **Assurance automobile des non-propriétaires**

Nombre de salariés qui se servent de leur véhicule pour les affaires de la Compagnie :

Régulièrement : _____ Occasionnellement : _____

Estimation des coûts annuels des véhicules loués : _____

Estimation des coûts annuels des véhicules utilisés en vertu de contrats : _____

(Précisez) :

19. **Prévention des accidents et premiers soins**

Premiers soins Médecins : _____ Temps plein : _____ Temps partiel : _____
Infirmières : _____ Temps plein : _____ Temps partiel : _____
Alarmes d'incendie – Autres systèmes d'alarme : _____

Y a-t-il un responsable de la sécurité ou un préventionniste qui travaille pour vous ? Oui Non

Utilisez-vous un formulaire de rapport d'accident ? Oui Non
Si oui, annexe-en un exemplaire.

20. Montant(s) de garantie demandé(s) : _____

La proposition n'oblige pas le Proposant à souscrire l'assurance ni l'assureur à l'accorder, mais il est entendu que si le contrat est établi, les renseignements consignés dans la proposition serviront de base au contrat.

Il est convenu entre l'assureur et le Proposant que toute inspection des lieux, des activités ou de tout autre aspect du risque sera effectuée pour les besoins et au bénéfice de l'assureur seulement et que le Proposant ne doit s'appuyer d'aucune façon sur les résultats de l'inspection.

LE SOUSSIGNÉ DÉCLARE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS DANS LA PROPOSITION SONT CONFORMES À LA VÉRITÉ.

JE VOUS AUTORISE À RECUEILLIR, UTILISER ET COMMUNIQUER, DANS LA MESURE PERMISE PAR LA LOI ET DANS LE CADRE DE VOTRE CONTRAT D'ASSURANCE DES ENTREPRISES OU DE SON RENOUVELLEMENT, SA PROLONGATION OU SA MODIFICATION, LES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS NÉCESSAIRES POUR ÉVALUER LE RISQUE, ENQUÊTER SUR LES SINISTRES, RÉGLER LES RÉCLAMATIONS ET PRÉVENIR OU DÉTECTER LA FRAUDE, NOTAMMENT LES RENSEIGNEMENTS SUR LA SOLVABILITÉ ET LES SINISTRES ANTÉRIEURS.

Aux fins de la loi sur les sociétés d'assurance (Canada), ce document a été établi dans le cadre des activités d'assurance au Canada des Souscripteurs du Lloyds.

Signature du Proposant (représentant autorisé)

Date

ENVOYÉ PAR : _____

COURRIEL : _____

**Pour la liste des personnes-ressources, visitez le site :
www.markelinternational.ca**