

Formulaire d'inscription- Camp d'ENTRAÎNEMENT

Renseignements sur l'enfant

Nom: _____ Prénom : _____

Sexe : M F

Âge : _____ ans au 1^{er} juin 2012

Date de naissance (jj/mm/aaaa) : _____/_____/_____

Numéro d'accréditation : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

No d'assurance-maladie : _____ Exp : ____/____

Tél. domicile : (____) _____ - _____

Frère-s et/ou sœur-s qui fréquenteront le camp : _____

Renseignements sur les parents ou tuteurs

Nom de la mère : _____

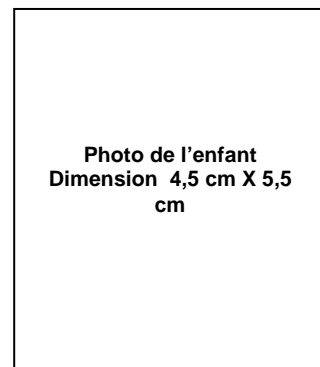
Tél. domicile : (____) _____ - _____ Travail : (____) _____ - _____

Cellulaire / autre : (____) _____ - _____

Nom du père : _____

Tél. domicile : (____) _____ - _____ Travail : (____) _____ - _____

Cellulaire / autre : (____) _____ - _____



Personnes autres que les parents à rejoindre en cas d'urgence

Nom de la personne: _____

Tél. domicile : (____) _____ - _____ Travail : (____) _____ - _____

Cellulaire / autre : (____) _____ - _____

Lien avec l'enfant : _____

Semaines de camp

Semaine du 13 au 17 août 2012

Autorisations

J'autorise le camp de jour à prendre des photos ou documents vidéo de mon enfant à des fins promotionnelles ou publicitaires.

Oui : Non :

J'autorise mon enfant à quitter le camp de jour seul (e).

Oui : Non :

Si oui, précisez les conditions : _____

Les personnes suivantes sont autorisées à venir chercher mon enfant.

Nom et prénom : _____ Lien avec l'enfant : _____

Nom et prénom : _____ Lien avec l'enfant : _____

Votre enfant a-t-il une carte d'autobus Opus ?

Oui : Non :

Est-ce que votre enfant sait nager?

Oui : Non :

Fiche santé

ALLERGIES

Votre enfant a-t-il des allergies? Précisez :

Alimentaires : _____

Médicaments : _____

Autres : _____

Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Epipen) en fonction de ses allergies ?

Oui : Non :

Si oui, qui est autorisé à conserver et administrer ce médicament et selon quelle posologie?

__ Enfant lui-même

__ Moniteur de l'enfant

__ Toute personne adulte responsable Posologie: _____

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Votre enfant souffre-t-il de l'une ou plusieurs des maladies énuméré ci-dessous ? Si oui, précisez :

Asthme : Oui Non Si oui, précisez (Degré, restriction,...) : _____

Épilepsie : Si oui, précisez (Fréquence,...) : _____

Diabète : Si oui, précisez (Quel type, degré,...) : _____

Autres : Si oui, précisez : _____

Mon enfant prend des médicaments de façon quotidienne durant le camp de jour :

Oui : Non :

Quel médicament? _____

À quelle heure le médicament doit-il être administré : _____

J'autorise les responsables du camp de jour à lui administrer son médicament tel que précisé par les parents.

Signature du parent ou d'un tuteur : _____ Date : _____

J'autorise les responsables du camp et / ou les moniteurs à prendre les mesures nécessaires en cas d'urgence.

Signature d'un parent ou du tuteur : _____ Date : _____

Politique en cas d'annulation

En cas d'annulation avant le 31 mai 2012, les frais payés seront remboursés à l'exception des frais d'administration de 50 \$ par semaine de camp. Après cette date, aucun remboursement ne sera accordé.

Modes de paiement : Argent Comptant - Intérac - Master Card - Visa

Le reçu pour l'impôt doit être émis au nom : de la mère du père

Merci et bonne journée!