

Inscription

Écrire en lettres carrées

Nom de l'enfant: Prénom :

Âge:..... Date de naissance : Sexe : M..... F.....

Les parents ou tuteurs responsables Courriel s'il y a lieu :

Nom : Prénom :

Adresse : Apt : Ville : Code postal :

Tél maison : Tél bureau : Tél. Cellulaire.....

IMPORTANT À COMPLÉTER

Si nous n'arrivons pas à vous contacter donnez-nous deux personnes à rejoindre en cas d'urgence

Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
Ville :	Ville :
Tél maison : Bureau :	Tél maison : Bureau :
Lien avec l'enfant :	Lien avec l'enfant

Frais de séjour (Payable avant le séjour, vendredi précédent)							22.00\$ par jour / par enfant (minimum 3 jours / semaine)								
Service de garde : am : 7:00 à 7:30 - pm : 17:00 à 18:00							2.00\$ Par bloc								
<u>Semaines</u>					<u>Service de garde</u>		<u>Semaines</u>					<u>Service de garde</u>			
	L	M	M	J	V	am	pm		L	M	M	J	V	am	pm
25 juin au 29 juin								30 juillet au 3 août							
2 au 6 juillet								6 au 10 août							
9 au 13 juillet								13 au 17 août							
16 au 20 juillet								20 au 24 août							
23 au 27 juillet															

Comportement : Aidez-nous à mieux connaître votre enfant, ses relations avec ses pairs, avec les adultes, ses problèmes de comportement, ses goûts et ses intérêts. Si nécessaire ajoutez une feuille.

.....

.....

.....

.....

POUR ÊTRE ACCEPTÉ, LE FORMULAIRE DOIT ÊTRE COMPLÉTÉ ET SIGNÉ DES DEUX CÔTÉS

Signature du parent ou tuteur.....No Ass. Sociale

« Veuillez compléter et signer le verso de cette page »

Historique médical

Nom de l'enfant :

No Assurance Maladie :

Est-ce sa première expérience dans un camp : oui non à notre camp : oui non

Les antécédents médicaux de votre enfant

A-t-il déjà subi une intervention chirurgicale? oui..... non.....

Si oui, laquelle:.....

Votre enfant souffre-t-il : Asthme:..... Hernie:..... Épilepsie:..... Diabète:.....

Autre:.....

Votre enfant a-t-il eu : Otite:..... Oreillon:..... Varicelle:..... Rougeole:..... Scarlatine:.....

Votre enfant a-t-il été vacciné pour: Rougeole:..... Rubéole:..... Oreillon:..... Polio:.....DCT:

IMPORTANT

A-t-il des allergies ? Mineure: (Ne nécessitant pas d'intervention d'urgence)

Grave : (Nécessitant une injection d'urgence et une intervention médicale rapide)

Allergique à quoi ? Fièvre des foins..... Herbe à puce..... Piqûre d'insecte..... Animaux:..... Pénicilline.....

Médicament..... Alimentaire..... Précisez:.....

Prend-il des médicaments : oui.....non..... (Veuillez nous donner le plus de précisions possibles)

Si oui, médicament 1:..... Si oui, médicament 2 :

Posologie 1:..... Posologie 2.....

Autres informations :

Porte-t-il des prothèses particulières? oui..... non..... Si oui, décrire:.....

A-t-il des restrictions pour une activité? oui..... non..... Si oui, décrire:.....

Commentaires et autres particularités médicales.....

Autorisation

En signant la présente, j'autorise la direction du camp Richelieu St-Côme à prodiguer tous les soins infirmiers nécessaires et l'autorise à donner des médicaments sans ordonnance (type Tylenol etc...). Si la direction le juge nécessaire, je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire. De plus, s'il est impossible de nous joindre, j'autorise le médecin choisi par les autorités du camp à prodiguer à mon enfant séjournant au camp, tous les soins médicaux requis par son état, y compris la pratique d'une intervention chirurgicale, des injections, l'anesthésie et l'hospitalisation. De plus, étant donné que le camp Richelieu St-Côme est susceptible de prendre des photos ou de filmer mon enfant durant son séjour, je les autorise à se servir de ce matériel en tout ou en partie à des fins publicitaires. Tout le matériel utilisé demeurera la propriété du camp Richelieu St-Côme.

IMPORTANT

Signature du parent ou tuteur:

Espace réservé au camp

Inscription reçu le :Montant :

Remarques :