

## INSCRIPTION OFFICIELLE

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

SEXE : M  F  ANCIEN(NE) : OUI  NON

NAISSANCE : \_\_\_\_\_ ÂGE AU 31 AOÛT \_\_\_\_\_ ANS  
                    Jour      Mois      Année

NOM DU PÈRE, MÈRE OU TUTEUR \_\_\_\_\_

POUR REÇU D'IMPÔT: NO. D'ASSURANCE SOCIALE \_\_\_\_\_ père  mère

ADRESSE \_\_\_\_\_ CODE POSTAL \_\_\_\_\_

VILLE \_\_\_\_\_ COURRIEL \_\_\_\_\_

TÉL. RÉS.: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ TÉL. TRAVAIL: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Comment avez-vous connu notre camp ? \_\_\_\_\_

À l'ouverture du dossier, vous devez effectuer un premier versement de **150\$**. Les versements s'effectuent normalement par la poste et vous devez fournir ces montants par chèque ou mandat poste. Indiquer au verso: "**Pour pension " en y ajoutant le nom de l'enfant.** Le paiement global est accepté à partir de l'ouverture du dossier jusqu'à l'arrivée de l'enfant au Camp. Si l'enfant quitte le Camp durant la semaine sur avis du médecin, nous rembourserons le montant de la pension pour le nombre de jours non hébergés. Le **dépôt** est non remboursable, après le 30 avril.

J'accepte que le Camp Boute-en-Train se réserve les droits d'utiliser, pour des fins publicitaires, les photos ou vidéos qui seront pris de mon enfant lors de son séjour au Camp      Oui  Non

**Renseignements préalables à votre choix**

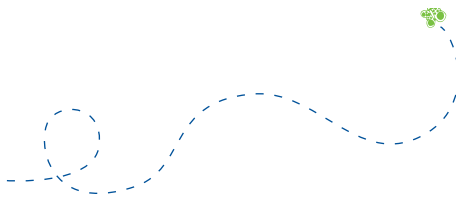
**Prix: 520\$ taxes incluses (5% TPS, 9.975% TVQ) SI L'INSCRIPTION ET LE DÉPOT SONT FAITS AVANT LE 1<sup>er</sup> mars 2018**  
**550\$ taxes incluses (5% TPS, 9.975% TVQ) SI L'INSCRIPTION ET LE DÉPOT SONT FAITS APRÈS LE 2<sup>e</sup> mai 2018**  
**580\$ taxes incluses (5% TPS, 9.975% TVQ) SI L'INSCRIPTION ET LE DÉPOT SONT FAITS APRÈS LE 1<sup>er</sup> mai 2018**  
 Spéciaux pour 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> enfant...

### DATES DES SÉJOURS: COCHEZ le ou les séjours désirés

Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4	Sem 5	Sem 6	Sem 7
1 au 6 juillet	8 au 13 juillet	15 au 20 juillet	22 au 27 juillet	29 juillet au 3 août	5 au 10 août	12 au 17 août
Mixte 7-14 ans 60 places	Mixte 7-14 ans 60 places	Mixte 7-14 ans 60 places	Mixte 7-14 ans 60 places	Mixte 7-14 ans 60 places	Mixte 7-14 ans 60 places	Mixte 14-16 ans <u>20 places</u>

### J'accepte les politiques décrites ci-dessus

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



## FICHE SANTÉ 2018

Semaine(s) du séjour (encerclez): 1 2 3 4 5 6 7

Pour les anciens, compléter si changements

### Renseignement généraux sur l'enfant

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_  
 No d'assurance maladie \_\_\_\_\_ Expiration : \_\_\_\_\_  
 Sexe : M  F  Jour Mois Année

### Renseignement généraux sur le(s) parent(s) / tuteur(s)

Nom du père : _____	Nom de la mère : _____
Adresse : _____	Adresse : _____
Téléphone Résidence : (____) _____	Téléphone Résidence : (____) _____
Téléphone Travail : (____) _____	Téléphone Travail : (____) _____

Votre enfant fait-il des ALLERGIES ? OUI  NON

Si oui à quoi ? \_\_\_\_\_

MINEURES : TRAITEMENT \_\_\_\_\_

SÉVÈRES : TRAITEMENT \_\_\_\_\_

**SI ÉPIPEN : Qui est autorisé à conserver et administrer ce médicament et selon quelle posologie?**

Enfant lui-même

Adulte autorisé par ma signature Signature: \_\_\_\_\_

Posologie : \_\_\_\_\_

Peut-il faire toutes les activités ?  oui  non / Si non spécifiez : \_\_\_\_\_

Suit-il un régime alimentaire spécial ?  oui  non / Si oui spécifiez: \_\_\_\_\_

Présente-il un comportement émotionnel particulier ?  oui  non

Si oui cochez :

Agitation  Nervosité  Timidité  Autres (spécifiez) \_\_\_\_\_

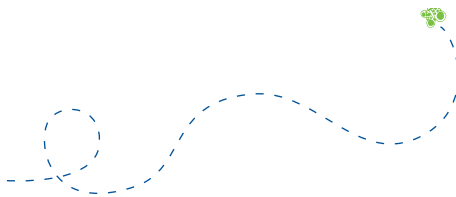
Votre enfant mouille-t-il le lit ?  oui  non      Votre enfant est-il somnanbule ?  oui  non

Votre fille a-t-elle déjà eu ses menstruations ?  oui  non

Votre enfant a-t-il déjà subi une intervention chirurgicale ?  oui  non

Si oui, quand et pour quelle raison ? \_\_\_\_\_

Verso



NOM et PRÉNOM de l'enfant : \_\_\_\_\_

**Votre enfant a-t-il déjà eu parmi les maladies suivantes (cochez)**

- Épilepsie     Asthme     Diabète     Eczéma     Urticaire     Bronchite     Amygdalite  
 Otites     Oreillons     Varicelle     Rougeole     Rubéole     Autre \_\_\_\_\_

Concernant ces maladies, donnez tous les renseignements qui s'avèrent importants pour nous, en particulier les médicaments : \_\_\_\_\_

Posologie : \_\_\_\_\_

Important \_\_\_\_\_

**Vaccinations**

Rougeole  oui  non    Date \_\_\_\_\_    Rubéole  oui  non    Date \_\_\_\_\_

Oreillons  oui  non    Date \_\_\_\_\_    DCT     oui  non    Date \_\_\_\_\_

Autre : \_\_\_\_\_    Date \_\_\_\_\_    Autre : \_\_\_\_\_    Date \_\_\_\_\_

**AUTORISATION PARENTALE**

Donnez-vous l'autorisation au personnel du Camp (préposé(e) aux premiers soins) de donner certains médicaments en vente libre si la situation se présente (cochez les cases appropriées) :

- Tylenol     Gravol     Gouttes polysporin yeux/oreilles     Sirop décongestionnant ou pour la toux  
 Bénadryl     Autre(s) \_\_\_\_\_

En signant la présente, j'autorise la direction du Camp Boute-en-Train à prodiguer tous les soins nécessaires. Si la direction le juge nécessaire, j'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 rejoindre, 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.

Signature d'un parent ou tuteur \_\_\_\_\_

**Noms de deux personnes à rejoindre en cas d'urgence (autres que les parents):**

Nom \_\_\_\_\_    Lien \_\_\_\_\_

Téléphone Résidence : ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_    Téléphone Travail : ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_    Lien \_\_\_\_\_

Téléphone Résidence : ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_    Téléphone Travail : ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_