

INSCRIPTION OFFICIELLE NOUVEAUTÉ 2019... CHALETS CLIMATISÉS

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 CELL : (____) _____
 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: 530\$ taxes incluses (5% TPS, 9.975% TVQ) SI L'INSCRIPTION ET LE DÉPOT SONT FAITS AVANT LE 1^{er} mars 2019
560\$ taxes incluses (5% TPS, 9.975% TVQ) SI L'INSCRIPTION ET LE DÉPOT SONT FAITS APRÈS LE 2^e mars 2019
590\$ taxes incluses (5% TPS, 9.975% TVQ) SI L'INSCRIPTION ET LE DÉPOT SONT FAITS APRÈS LE 1^{er} mai 2019
 Spéciaux pour 2^e et 3^e enfant...

DATES DES SÉJOURS: COCHEZ le ou les séjours désirés

Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4	Sem 5	Sem 6	Sem 7
30 juin au 5 juillet	7 au 12 juillet	14 au 19 juillet	21 au 26 juillet	28 juillet au 2 août	4 au 9 août	11 au 16 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

J'accepte les politiques décrites ci-dessus

Signature: _____ Date: _____

FICHE SANTÉ 2019

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
 Bénédryl 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 : (____) _____