



# CAMPS

## UN FORMULAIRE PAR PARTICIPANT

Reçu # \_\_\_\_\_

ANNÉE MOIS  
**Q B D 0 0 4** / \_\_\_\_\_  
 NUMÉRO DE CLIENT (SOUS LA DATE DE NAISSANCE) ÉCHÉANCE

\_\_\_\_\_  
 NOM DU PARTICIPANT

\_\_\_\_\_  
 PRÉNOM DU PARTICIPANT

N° CIVIQUE RUE APP.

VILLE CODE POSTAL

TÉLÉPHONE MAISON \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ SEXE  M  F

ANNÉE MOIS JOUR DATE DE NAISSANCE \_\_\_\_\_ ÂGE AU 30 SEPTEMBRE 2007 \_\_\_\_\_

PAYÉ PAR:  
**Q B D 0 0 4** / \_\_\_\_\_  
 NUMÉRO DE CARTE DU PAYEUR (SOUS LA DATE DE NAISSANCE)

\_\_\_\_\_  
 NOM DU PAYEUR

\_\_\_\_\_  
 PRÉNOM DU PAYEUR

ADRESSE (SI DIFFÉRENTE DE CELLE DU PARTICIPANT)  
 \_\_\_\_\_

N° CIVIQUE RUE APP.

VILLE CODE POSTAL

TÉLÉPHONE TRAVAIL \_\_\_\_\_ NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE \_\_\_\_\_

COURRIEL : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE DE L'ENFANT DATE D'EXPIRATION \_\_\_\_\_

### PERSONNES À JOINDRE EN CAS D'URGENCE:

Nom: \_\_\_\_\_ Tél. maison ( ) \_\_\_\_\_ Tél. travail ( ) \_\_\_\_\_ Cellulaire ( ) \_\_\_\_\_ Lien avec l'enfant \_\_\_\_\_  
 Nom: \_\_\_\_\_ Tél. maison ( ) \_\_\_\_\_ Tél. travail ( ) \_\_\_\_\_ Cellulaire ( ) \_\_\_\_\_ Lien avec l'enfant \_\_\_\_\_  
 Nom: \_\_\_\_\_ Tél. maison ( ) \_\_\_\_\_ Tél. travail ( ) \_\_\_\_\_ Cellulaire ( ) \_\_\_\_\_ Lien avec l'enfant \_\_\_\_\_

### DÉPART DE L'ENFANT:

Par lui-même  Avec un parent, un tuteur ou une autre personne - Nom: \_\_\_\_\_

### INFORMATION MÉDICALE

L'enfant souffre-t-il de maladies, allergies ou malaises particuliers?  Non -  Oui - Précisez : \_\_\_\_\_  
 L'enfant a-t-il en sa possession une dose d'adrénaline (Épipen, Ana-kit, Ritalin)  Non -  Oui - Nom du médicament : \_\_\_\_\_  
 (Dès l'arrivée de l'enfant au camp, le parent ou tuteur devra remplir un formulaire d'autorisation de prise de médicament)  
 L'enfant présente-t-il des problèmes physiques ou psychologiques particuliers?  Non -  Oui - Précisez : \_\_\_\_\_  
 Y a-t-il des activités auxquelles l'enfant ne peut participer?  Non -  Oui - Précisez : \_\_\_\_\_

### AUTRES

L'enfant a-t-il besoin d'une aide flottante pour se baigner?  Non -  Oui  
 L'enfant est-il habile à vélo?  Non -  Oui

En signant la présente, j'autorise la direction du camp à prodiguer à mon enfant tous les soins infirmiers nécessaires. Si la direction du camp 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 me joindre, j'autorise le médecin choisi par les autorités du camp à prodiguer à mon enfant tous les soins médicaux requis par son état, y compris la pratique d'une intervention chirurgicale, des injections, l'anesthésie et l'hospitalisation. Je reconnais également, qu'en cas d'urgence, le consentement aux soins médicaux n'est pas nécessaire si la vie de mon enfant est en danger ou son intégrité menacée et que le consentement ne peut être obtenu en temps utile. J'autorise également le camp à utiliser ou à permettre l'utilisation, à des fins publicitaires, dans des brochures, revues, journaux, Internet ou tout autre outil de communication, de matériel photographique ou cinématographique sur lequel apparaît mon enfant et réalisé pendant son séjour au camp. Tout le matériel utilisé demeurera la propriété du camp.

Nom du camp: \_\_\_\_\_  
 Groupe d'âge: \_\_\_\_\_  
 Du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_  
 Inscription au camp = \_\_\_\_\_ \$  
 Service de garde ( \_\_\_\_\_ \$/sem. x \_\_\_\_\_ semaines) = \_\_\_\_\_ \$  
 Location d'un sac de golf avec bâtons (15 \$) = \_\_\_\_\_ \$  
 Chandail (12 \$) = \_\_\_\_\_ \$  
 Disque (3 \$) = \_\_\_\_\_ \$  
 Total = \_\_\_\_\_ \$

**MUSIQUE**  
 Option : piano  violon  chant   
**NATATION JUNIOR**  
 Dernier niveau Natation Junior réussi : \_\_\_\_\_  
**GOLF**  
 Taille du participant : \_\_\_\_\_ m  
 Côté des bâtons:  droitier  gaucher

Si possible, mettre mon enfant dans le même groupe que

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_



Date \_\_\_\_\_ Signature du parent ou tuteur \_\_\_\_\_ Signature de l'enfant (dans le cas d'un enfant de 14 ans ou plus) \_\_\_\_\_