

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **"Formulaire inscription - Autorisation**  **Camp de vacances / Camp de jour"** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Information de l'enfant** | | | | | | | | | | | | | | |
| Prénom : |  | | | | Nom : | | |  | | | | | | |
| Adresse : |  | | | | Ville : | | |  | | | | | | |
| Province : |  | | | | Code postal : | | |  | | | | | | |
| Âge : |  | | | | Date de naissance : | | |  | |  | |  | | |
| **AAAA** | | **MM** | | **JJ** | | |
| Sexe : |  | Fille |  | Garçon | No. Ass. maladie : | | |  | | | | | | |
| Date expiration : | | |  | | | | | | |
| **répondant de l'enfant** | | | | | | | | | | | | | | |
| Prénom et nom  de la mère : |  | | | | Prénom et nom  du père : | | |  | | | | | | |
| Téléphone (travail) : |  | | | | Téléphone (travail) : | | |  | | | | | | |
| Cellulaire : |  | | | | Cellulaire : | | |  | | | | | | |
| Courriel : |  | | | | Courriel : | | |  | | | | | | |
| **allergies** | | | | | | | | | | | | | | |
| Veuillez indiquer toute allergie : (par exemple : alimentaire, saisonnière, médicamenteuse, etc…) | | | | | | | | | | | | | | |
| Allergie | Réaction | | | | Traitement | | Auto-injecteur  (Epipen) requis | | | | | | |
|  |  | | | |  | | Oui | |  | | Non | |  |
|  |  | | | |  | | Oui | |  | | Non | |  |
|  |  | | | |  | | Oui | |  | | Non | |  |
| **\*\*\*\* Si votre enfant à une dose d’adrénaline, veuillez signer le consentement suivant \*\*\*\*** | | | | | | | | | | | | | | |
| Par la présente, j’autorise les personnes désignées par  \_     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ à administrer, en cas d’urgence, la dose d’adrénaline à mon enfant. | | | | | | | | | | | | | | |
| Signature du parent : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | |
| **RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX** | | | | | | | | | | | | | | |
| Est-ce que votre enfant prend des médicaments : | | | | | |  | | | | | | | | |
| Si oui : | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Nous fournir la liste et la posologie | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Est-ce que votre enfant prend ses médicaments lui-même ? | | | | | | | Oui | |  | | Non | |  | |



|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (SUITE)** | | | | | | | | | | | |
| **Votre enfant a-t-il des problèmes de santé ?** | | | | | | | | | | | |
|  | Épilepsie |  | Hémophile |  | Incontinence |  | | Troubles de visions | | | |
|  | Hyperactivité |  | Déficit d’attention |  | Diabètes |  | | Troubles d’élocution | | | |
|  | Asthme |  | Trouble d’audition |  | Troubles cardiaques |  | | Santé mentale | | | |
| Y a-t-il d’autres facteurs relevant de l’état physique ou émotif que vous aimeriez nous faire connaître ? | | | | | | | | | | | |
| **\*\*\*\* Autorisation diffusion information santé \*\*\*\*** | | | | | | | | | | | |
| J’autorise, pour des raisons de sécurité, les responsables du camp : \_     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ à diffuser à tout le personnel du groupe de mon enfant, l’information contenue dans la fiche santé. En cas d’urgence (accident ou maladie subite), à prendre les mesures nécessaires pour prodiguer les premiers soins et à veiller au transport de mon enfant jusqu’au lieu de traitement, si cela s’avère nécessaire. Le transport vers un centre hospitalier est aux frais du parent.  Oui  Non  Signature : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | |
| **Baignade (Si applicable)** | | | | | | | | | | | |
| Est-ce que les capacités de votre enfant ont été évaluées par un maître nageur ? | | | | | | | Oui | |  | Non |  |
| Votre enfant a-t-il suivi des cours de natations ? | | | | | | | Oui | |  | Non |  |
| Si oui, quel est son dernier niveau complété ? | | | | | | |  | | | | |
| Est-ce que votre enfant a besoin d’une veste de flottaison pour nager ? | | | | | | | Oui | |  | Non |  |
| **\*\*\*Prendre note qu’il se peut que votre enfant soit soumis à un test**  **d’évaluation afin de vérifier sa capacité à nager\*\*\*** | | | | | | | | | | | |
| **\*\*\*\* Autorisation des parents pour la baignade des enfants \*\*\*\*** | | | | | | | | | | | |
| J’autorise par la présente que mon enfant mentionné ci-haut participe à l’activité de baignade. Si mon enfant à besoin d’une veste de flottaison, je m’engage à en fournir une qui est conforme à la loi de sécurité nautique. | | | | | | | | | | | |
| Signature du parent : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | |



|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ACtivités du camps** | | | |
| Voici les activités qui seront pratiquées lors du séjour de votre enfant, veuillez nous aviser si vous ne voulez pas qu’il participe à l’une d’elle. | | | |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **\*\*\*\* Autorisation des parents pour les activités \*\*\*\*** | | | |
| J’autorise par la présente que mon enfant mentionné ci-haut participe aux activités mentionnées ci-haut. | | | |
| Signature du parent : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| **informations supplémentaires** | | | |
| S’il y a d’autres informations dont vous voulez nous faire part : | | | |