|  |
| --- |
| **"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 :       |