



CAMP DE VACANCES ET RÉPITS

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

PARTICIPANT					
Prénom		Nom			
Date de naissance		Sexe	<input type="checkbox"/> Masculin	<input type="checkbox"/> Féminin	
Habite avec	<input type="checkbox"/> Répondant principal <input type="checkbox"/> Répondant secondaire <input type="checkbox"/> Autre :				
FICHE SANTÉ SOMMAIRE DU PARTICIPANT					
No. assurance maladie		Expiration			
Déficience auditive	<input type="checkbox"/> Gestuel	<input type="checkbox"/> Oraliste	Déficience du langage	<input type="checkbox"/> Dysphasie	<input type="checkbox"/> Autre(s) :
Déficience intellectuelle	<input type="checkbox"/> Légère	<input type="checkbox"/> Moyenne	<input type="checkbox"/> Sévère	<input type="checkbox"/> TSA	
Multi-déficience	<input type="checkbox"/> Accompagnement 1:1 <input type="checkbox"/> Acc. 1:2		Autre déficience :		
Niveau de nage	<input type="checkbox"/> Nul	<input type="checkbox"/> Moyen	<input type="checkbox"/> Bon	T-Shirt enfant	<input type="checkbox"/> Petit <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Grand <input type="checkbox"/> T.Grand
			T-Shirt adulte	<input type="checkbox"/> Petit <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Grand <input type="checkbox"/> XL <input type="checkbox"/> 2XL	
PARENTS. TUTEURS LÉGAUX OU FAMILLE D'ACCUEIL					
Répondant principal (prénom et nom)					
Adresse					
Ville		Province		Code postal	
Téléphone à domicile		Cellulaire :		Travail :	
Lien avec le participant		Courriel			
Répondant secondaire (prénom et nom)					
Adresse					
Ville		Province		Code postal	
Téléphone à domicile		Cellulaire :		Travail :	
Lien avec le participant		Courriel			
Recu d'impôt au nom de		N.A.S.		N.A.S. obligatoire pour le reçu d'impôt	
AUTRES PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE (Obligatoire)					
Nom Contact 1 :		Téléphone :		Lien avec le participant :	
Nom Contact 2 :		Téléphone :		Lien avec le participant :	
Intervenante :		Téléphone et courriel :			
Comment avez-vous entendu parler du Centre ? <input type="checkbox"/> Référence <input type="checkbox"/> ACQ <input type="checkbox"/> Site Web <input type="checkbox"/> Publicité <input type="checkbox"/> École <input type="checkbox"/> CSSS <input type="checkbox"/> Autre					



À L'ÉTAT *naturel*

2464, boul. Perrot, Notre-Dame-de-l'Île-Perrot, QC J7V 8P4 info@mon-camp.ca T 514 453-7600

MON-CAMP.CA



CAMP DE VACANCES ET RÉPITS

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

J'autorise le responsable à prendre les décisions qui s'imposent pour la santé et la sécurité du campeur. Ainsi, j'autorise la direction du Centre à agir en mon nom en cas d'urgence afin de fournir au participant les soins médicaux et/ou chirurgicaux requis par son état de santé.

Oui Non

J'autorise le Centre Notre-Dame-de-Fatima à administrer toutes formes de médicaments sans prescription (médication en vente libre) – Acétaminophène (Tylenol) – Anti-émétique (Gravol) – Antibiotique en crème (Polysporin) – Autres (sirop contre la toux, ...).

Oui Non

J'autorise le Centre à utiliser les photographies et les entrevues du participant pour des fins de diffusion sur les brochures de l'organisme, à la télévision ou pour d'autres médias d'information.

Oui Non

Le Centre n'assume pas la responsabilité des effets personnels perdus et des frais de médicaments. En cas de transport d'urgence vers un établissement de soins de santé, les frais devront être assumés par les parents.

Je confirme l'inscription de _____ . J'accepte les modalités de paiement, de remboursement et d'inscription telles qu'elles apparaissent sur le formulaire d'inscription et le site internet.

Signature : _____ Date : _____

JE SOUHAITE OBTENIR DE L'AIDE FINANCIÈRE POUR LE SÉJOUR

S.v.p. joindre le formulaire complété et copie de votre « Avis de cotisation ». Nous communiquerons avec vous pour valider votre admissibilité.

★★ À JOINDRE AU FORMULAIRE ★★

Photo Fiche santé Modalités de paiement Autorisations

Ces formulaires sont valides pour deux ans



À L'ÉTAT naturel

2464, boul. Perrot, Notre-Dame-de-l'Île-Perrot, QC J7V 8P4 info@mon-camp.ca T 514 453-7600

MON-CAMP.CA