



# CAMP DE VACANCES ET RÉPITS

## FORMULAIRE D'INSCRIPTION

PARTICIPANT					
Prénom		Nom			
Date de		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		Expiration			
Déficience	<input type="checkbox"/> Gestuel <input type="checkbox"/> Oraliste	Déf. du langage	<input type="checkbox"/> Dysphasie	<input type="checkbox"/> Autre(s) :	
Déficience	<input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Sévère	<input type="checkbox"/> TSA			
Multi-déficience	<input type="checkbox"/> Accomp. 1:1 <input type="checkbox"/> Accomp. 1:2	Autre déficience :			
Niveau de nage	<input type="checkbox"/> Nul <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Bon	T-Shirt enf.	<input type="checkbox"/> Petit <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Grand <input type="checkbox"/> T.Grand		
		T-Shirt adu.	<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					
<b>Répondant principal</b>					
Adresse					
Ville		Province		Code	
Téléphone à		Cellulaire :		Travail :	
Lien avec le		Courri			
<b>Répondant secondaire</b>					
Adresse					
Ville		Provin		Code	
Téléphone à domicile		Cellulaire :			
Lien avec le					
Reçu 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"/> 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.

**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

*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