



# 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. ass maladie		Expiration	
Déficiance	<input type="checkbox"/> Gestuel <input type="checkbox"/> Oraliste	Déf. du langage	<input type="checkbox"/> Dysphasie <input type="checkbox"/> Autre(s) :
Déf. intellectuelle	<input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Sévère	<input type="checkbox"/> TSA	
Ratio	<input type="checkbox"/> Groupe 1:4 ou <input type="checkbox"/> Acc. 1:1 / 1:2	Autre déficiance :	
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			
<b>Nom Répondant principal</b>			
Adresse			
Ville		Province	Code
Tél. domicile	Cellulaire :		Travail :
Lien avec participant		Courriel	
<b>Nom Répondant secondaire</b>			
Adresse			
Ville		Provinc	Code postal
Tél. domicile	Cellulaire :		Travail :
Lien avec participant		Courriel	
Reçu d'impôt au nom de		N.A.S.	obligatoire pour d'impôt
AUTRES PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE (Obligatoire)			
Nom Contact 1:		Tél :	Lien participant :
Nom Contact 2 :		Tél :	Lien participant :
Intervenante :	Tél. & 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

*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