



CAMP DE VACANCES ET RÉPITS

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

PARTICIPANT			
Prénom		Nom	
Date de naissance		Sexe	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> N/A
Habite avec	<input type="checkbox"/> Répondant principal <input type="checkbox"/> Répondant secondaire <input type="checkbox"/> Autre :		
Mot de passe lorsque vous venez chercher le participant :			
FICHE SANTÉ SOMMAIRE DU PARTICIPANT			
No. ass. maladie		Exp.	
Déficiência auditive	<input type="checkbox"/> Gestuel <input type="checkbox"/> Oraliste	<input type="checkbox"/> DL - Dysphasie <input type="checkbox"/> Autre(s) :	
Défíc. intellectuelle	<input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Sévère	<input type="checkbox"/> TSA	
Multi-déficiência	<input type="checkbox"/> Acc. 1:1 <input type="checkbox"/> Acc. 1:2 <input type="checkbox"/> Groupe	Autre déficiência :	
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"/> XL
T-shirt Adulte	<input type="checkbox"/> Petit <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Grand <input type="checkbox"/> XL <input type="checkbox"/> XXL		
PARENTS/ TUTEURS LÉGAUX OU FAMILLE D'ACCUEIL			
Répondant principal (prénom et nom)			
Adresse			
Ville		Province	
		Code postal	
Téléphone à domicile	Cellulaire ou travail :		
Lien avec le participant		courriel	
Répondant secondaire			
Adresse			
Ville		Province	
		Code postal	
Téléphone à domicile	Cellulaire ou travail :		
Lien avec le participant		courriel	
Reçu d'impôt au nom de		N.A.S. obligatoire	
AUTRES PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE (Obligatoire)			
Nom Contact 1:		Téléphone :	Lien :
Nom Contact 2 :		Téléphone :	Lien :
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"/> Autre			



À L'ÉTAT *Naturel*



CAMP DE VACANCES ET RÉPITS

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

AUTORISATIONS

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.

★★ À JOINDRE AU FORMULAIRE ★★

Photo Fiche santé Autorisations

Ces formulaires sont valides pour deux ans

Envoyer par courriel à inscription@mon-camp.ca

★★★★★



À L'ÉTAT *Naturel*