



CAMP DE VACANCES ET RÉPITS

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

PARTICIPANT					
Prénom		Nom			
Date de naissance		Genre	<input type="checkbox"/> Masculin	<input type="checkbox"/> Féminin	<input type="checkbox"/> Autre
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			
Déf. auditive	<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 <input type="checkbox"/> Acc. 1:1 / 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	
Mot de passe départ		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					
Nom Répondant principal					
Adresse					
Ville		Province	C.P.		
Tél. domicile		Cellulaire	Tél. travail		
Lien avec participant		Courrie			
Nom Répondant secondaire					
Adresse					
Ville		Province	C.P.		
Tél. domicile		Cellulaire	Tél. travail		
Lien avec participant		Courriel			
Reçu d'impôt au nom de		N.A.S.	obligatoire RL-24		
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					





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

CONSENTEMENT À LA DIVULGATION ET À L'ÉCHANGE D'INFORMATIONS ET DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

**** OBLIGATOIRE ****

Je soussigné(e), _____, consens à ce que le ou les intervenants du Centre Notre-Dame-de-Fatima souhaitant divulguer et/ou échanger l'information personnelle, divulguent, communiquent et échangent des données pertinentes contenues dans mon dossier personnel ou celui d'un tiers _____, dont j'ai la charge, et/ou dossier médical ou autre, constitué auprès de cette organisation avec le ou les autres intervenants de cette organisation ou autres (voir la Politique de confidentialité pour tous les détails - <https://www.mon-camp.ca/politique-de-confidentialite> ou sur demande).

En tout temps, je pourrai retirer mon consentement à la divulgation et à l'échange d'informations.

Par la présente, j'accepte aussi les modalités de paiement, de remboursement et d'inscription telles qu'elles apparaissent sur le formulaire d'inscription et le site internet.

Signature du participant ou
du parent ou tuteur légal

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

Ces formulaires sont valides pour deux ans

