

Formulaire d'inscription - Camp de jour de Milan

SECTION 1 - RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT (enfant)		
Prénom:	Nom:	Sexe:
Date de naissance:	Numéro d'assurance maladie:	
Adresse:		
SECTION 2 - RENSEIGNEMENTS SUR LES RÉPONDANTS		
Personne principale qui paye les frais de garde pour le crédit d'impôt		
Prénom:	Nom:	Père __ Mère__ Tuteur__ Autre lien: _____
# téléphone résidence/cellulaire:	# téléphone au travail:	Courriel:
NAS:		
Prénom:	Nom:	Père __ Mère__ Tuteur__ Autre lien: _____
# téléphone résidence/cellulaire:	# téléphone au travail:	Courriel:
SECTION 3 - AUTORISATION DE DÉPART		
J'autorise mon enfant à quitter le camp: à pied seul : __ oui __ non / à vélo seul : __ oui __ non		
J'autorise mon enfant à quitter le camp avec (autres que les répondants):		
Prénom et nom:	Prénom et nom:	Prénom et nom:
Père __ Mère__ Tuteur__ Autre lien: _____	Père __ Mère__ Tuteur__ Autre lien: _____	Père __ Mère__ Tuteur__ Autre lien: _____
# téléphone d'urgence:	# téléphone d'urgence:	# téléphone d'urgence:
SECTION 4 - INFORMATION MÉDICALE SUR VOTRE ENFANT		
Votre enfant prend-t-il des médicaments? __ Oui, remplir section 7 __ Non		
Votre enfant souffre-t-il d'allergies? __ Oui, remplir section 8 __ Non		
SECTION 5 - COÛTS ET SERVICES OFFERTS POUR VOTRE ENFANT		
Inscription au camp de jour		
___ Service régulier (6 semaines) - 250\$		
___ Service régulier 2e enfant (6 semaines) - 200\$		
___ Service régulier 3e enfant et plus (6 semaines) - 150\$		
___ Service journalier - 20\$ par jour sans sortie ou 30\$ par jour avec sortie		
Modalité de paiement :		
___ Comptant ___ Chèque ___ Paiement direct		Date:

SECTION 6 - AUTRES INFORMATIONS SUR VOTRE ENFANT

Est-ce que votre enfant sait nager? Oui Non Avec aide? Oui Non

Mon enfant doit nager en tout temps avec: Veste de flottaison / Nouille

Souffre-t-il de phobie (peur) : _____ et/ou vertige?

Veillez nous indiquer toutes informations pertinentes pour nous aider à mieux encadrer votre enfant:

SECTION 7 - SEULS LES MÉDICAMENTS PRESCRITS PAR UN SPÉCIALISTE DE LA SANTÉ SERONT ADMINISTRÉS

Veillez fournir plus de détails sur la prise de médicament de l'enfant:

SECTION 8 - ALLERGIES

De quelle allergie souffre votre enfant? _____

Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Epipen, Ana-kit)?: Oui Non

Si oui, qui est autorisé à conserver et à administrer ce médicament? :

L'enfant lui-même (auto-administration)

animateur de l'enfant

Toute personne adulte responsable (ex: coordonnateur, ambulanciers, etc.)

Autres informations: _____

SECTION 9 - INFORMATIONS SUR LES SERVICES ET ACCEPTATION DES CONDITIONS

RECONNAISSANCES DES RISQUES INHÉRENTS À LA PRATIQUE D'ACTIVITÉS ET REFUS D'UN PARTICIPANT

Je reconnais qu'il y a des risques inhérents à la pratique d'activités.

Le camp se réserve le droit de refuser un participant pour les raisons suivantes:

Non paiement, non-respect répétitif du code de vie ou informations inexactes sur le participant.

PHOTO ET VIDÉO :

J'accepte que mon enfant soit pris en photo ou en vidéo et que le camp de jour puisse les utiliser:

Oui Non

J'ai lu et compris toutes les sections du présent formulaire et atteste que tous les renseignements sont exacts.

Oui Non

Signature du répondant: _____ Date: _____