



## Formulaire d'inscription et fiche médicale

(Svp. écrire en lettres moulées)

### Camp choisi:

13-17 ans : 3 juin au 8 juillet (MCC) 305\$  7-12 ans 1: 10 au 15 juillet 285\$  7-12 ans 2 : 17 au 22 juillet 285\$  Camp OPS : 7 au 12 août 355\$

L'arrivée des campeurs se fait entre 15h30 et 16h30 la date du début du camp. Excepté pour le camp OPS, le Camp Pénier assurera le retour des enfants en autobus du Camp Pénier à un point de rencontre situé à Sainte-Thérèse, à 17h (l'endroit exact vous sera communiqué).

### Informations du campeur

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Sexe : M  F   
 Adresse : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ App : \_\_\_\_\_  
 Code postal : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_ Date de naissance : J \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_  
 Téléphone : \_\_\_\_\_ Langue(s) parlée(s) : \_\_\_\_\_  
 No d'assurance maladie : \_\_\_\_\_ Exp. : \_\_\_\_\_  
 Église locale (s'il y a lieu) : \_\_\_\_\_  
 J'aimerais être dans la même cabine que : \_\_\_\_\_

### Informations du parent/tuteur 1

Nom \_\_\_\_\_  
 Prénom \_\_\_\_\_  
 Tél. maison \_\_\_\_\_  
 Tél. cell. \_\_\_\_\_  
 Tél. bureau \_\_\_\_\_  
 Courriel \_\_\_\_\_

### Informations du parent/tuteur 2

Nom \_\_\_\_\_  
 Prénom \_\_\_\_\_  
 Tél. maison \_\_\_\_\_  
 Tél. cell. \_\_\_\_\_  
 Tél. bureau \_\_\_\_\_  
 Courriel \_\_\_\_\_

### Frais et conditions générales

Votre enfant sera inscrit officiellement sur réception de ce formulaire dûment rempli et signé. Les frais d'inscription doivent être payés en totalité au plus tard à l'arrivée du campeur sur le site du camp. Nous acceptons chèques, mandats poste et argent comptant. Les frais inscrits sur ce formulaire incluent les taxes. Informez-vous sur notre programme d'aide financière, une réduction de 25% est possible selon votre revenu. Dans le cas où l'enfant ne se présente pas au camp, la totalité des frais déjà payé (s'il y a lieu) seront remboursés. Dans le cas d'un départ avant la fin du programme, le camp remboursera le montant proportionnel aux jours manqués par le campeur.

### Relevé 24

Si vous désirez une déduction d'impôt pour frais de garde d'enfant, veuillez remplir l'encadré suivant (Directive du ministère du Revenu)

Reçu d'impôt au nom de (nom complet du payeur) :	_____
Adresse postale du payeur :	_____ Ville : _____
App. :	_____ Code postal : _____ No assurance sociale (obligatoire) : _____
Adresse courriel :	_____

### Médication à prendre au camp (s'il y a lieu)

Les médicaments doivent être dans leur contenant original avec le nom de l'enfant ainsi que les instructions claires identifiées.

Médicament : \_\_\_\_\_ Posologie : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_  
 Médicament : \_\_\_\_\_ Posologie : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_  
 Médicament : \_\_\_\_\_ Posologie : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_

Votre enfant a-t-il besoin de médication pour **asthme**?  Oui  Non Si oui, précisez : \_\_\_\_\_  
 Votre enfant a-t-il reçu le vaccin **tétanos**?  Oui  Non Si oui, précisez l'année : \_\_\_\_\_

### Autres responsables en cas d'urgence

Responsable no1 \_\_\_\_\_ Responsable no2 \_\_\_\_\_  
 Lien \_\_\_\_\_ Lien \_\_\_\_\_  
 Tél. maison \_\_\_\_\_ Tél. maison \_\_\_\_\_  
 Tél. cell. \_\_\_\_\_ Tél. cell. \_\_\_\_\_

### Allergies et restrictions alimentaires (s'il y a lieu)

Votre enfant possède-t-il un système d'injection d'adrénaline pour ses allergies? (EpiPen ou autre) \_\_\_\_\_

### Restrictions physiques, antécédents médicaux et autres renseignements médicaux (s'il y a lieu)

\_\_\_\_\_

### Consentement traitement et transport d'urgence

Nous, les parents ou tuteurs susnommés, autorisons le personnel du Camp Pénier à signer le consentement pour un traitement médical et à mandater tout médecin ou hôpital pour dispenser un examen médical, un traitement ou une intervention au participant susnommé. Je comprends que ces mesures peuvent être prises avant que je n'en sois avisé(e) et que tous les frais aux fins de traitements, y compris le transport par ambulance, seront facturés au nom et à l'adresse spécifiés sur la fiche d'inscription. Ce consentement et cette autorisation ne sont en vigueur qu'au moment de participer aux activités du Camp Pénier ou de se déplacer pour celles-ci. Nous nous engageons à ne pas tenir responsables le personnel, ses dirigeants et son conseil d'administration, de toute perte, dommage ou blessure subis par le participant de façon imprévue ou accidentelle à la suite de sa participation aux activités, ainsi qu'à la suite de tout traitement médical autorisé par les superviseurs.

J'autorise le personnel du Camp Pénier à :

- utiliser les photos/vidéos sur lesquelles mon enfant apparaît à des fins publicitaires pour le Camp Pénier.
- administrer des médicaments sans ordonnances. (Ex : Acétaminophène, Ibuprofène, Antihistaminique, Antibiotiques en crème, etc.)

### Personnes autorisées à venir chercher l'enfant

1) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_  
 2) \_\_\_\_\_ 4) \_\_\_\_\_

À ma connaissance, toutes les informations contenues dans ce formulaire sont vraies et complètes.

Signature du parent/tuteur : \_\_\_\_\_ Date : J \_\_\_\_\_ / M \_\_\_\_\_ / A \_\_\_\_\_