



COLONIE DES GRÈVES DE CONTRECOEUR

FICHE D'INSCRIPTION

CAMP FAMILIAL

ÉTÉ 2022



Parent responsable

Parent, tuteur, responsable de la famille

CLSC/Organisme

Nom : _____ Prénom : _____

Sexe : F () M () Date de naissance : _____ Courriel : _____

Jour / mois / année Âge

Adresse : _____

No et nom de la rue

Ville

Code postal

Quartier (Montréal)

Langue parlée à la maison

Origine ethnoculturelle

Numéro de téléphone : Maison : () _____ Travail : () _____

No. d'assurance maladie : _____ date d'expiration : _____

No. d'assurance sociale : _____ (obligatoire pour l'émission du Relevé 24 de la déclaration d'impôt)

Cochez ici si vous n'avez pas besoin de Relevé 24. Si vous cochez cette case, il n'est pas nécessaire d'inscrire votre NAS.

Institution (si la famille est référée par une institution (CLSC/Organisme), merci de remplir la section suivante) :

Organisme : _____ Intervenant(e) : _____

Adresse : _____

No et nom de la rue

Ville

Code postal

Courriel : _____ Téléphone : () _____ Poste _____

Adresse à laquelle communiquer l'information : Famille () Institution ()

Adresse de facturation : Famille () Institution ()

Autres membre(s) de la famille participant au séjour (au besoin, ajouter une feuille supplémentaire)

Nom : _____ Prénom : _____

Sexe : F () M () Date de naissance : _____ Âge au début du séjour : _____

Jour / mois / année

No d'assurance maladie : _____ date d'expiration : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Sexe : F () M () Date de naissance : _____ Âge au début du séjour : _____

Jour / mois / année

No d'assurance maladie : _____ date d'expiration : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Sexe : F () M () Date de naissance : _____ Âge au début du séjour : _____

Jour / mois / année

No d'assurance maladie : _____ date d'expiration : _____

Particularité alimentaire

Végétarien Toute la famille Membre Précisez _____
Pas de porc Toute la famille Membre Précisez _____
Pas de bœuf Toute la famille Membre Précisez _____
Autres Toute la famille Membre Précisez _____

Il est possible de nous préciser vos particularités alimentaires et nous essayerons d'en prendre compte autant que possible. Pour les allergies, merci de le préciser la section « Fiche médicale ».

Description du séjour

Le séjour débute le dimanche entre 14h et 16h et se termine le vendredi à 12h. Les participants ont accès à leur chambre familiale dès 16h et doivent libérer cette chambre le vendredi avant 12h. Un souper sera servi le dimanche. Une soirée animée et une collation sont présentées aux participants. Trois repas par jour sont servis du lundi au jeudi, le vendredi, seuls le déjeuner et le dîner sont servis. Un programme d'animation est proposé à chaque jour et les participants sont libres d'y participer ou non. Le vendredi après-midi, il n'y a pas d'animation, mais certaines activités ne nécessitant pas d'encadrement de la colonie demeurent accessibles jusqu'à 16h.

Les participants doivent apporter leur literie et leurs articles de toilette (débarbouillettes, serviettes de bain et piscine).

Hébergement

Les dates des séjours : inscrivez le nombre de participants dans les cases appropriées.

Les frais d'inscription de 50,00 \$ par personne sont inclus. Ces frais sont non remboursables.

Même si vous avez droit à un rabais, merci d'inscrire le nombre de personnes par tarif. Le rabais s'appliquera sur la facture.

	Début	Fin	Durée du séjour	# d'adulte (15 ans et plus)	# d'enfant de 10 à 14 ans	# d'enfant de 3 à 9 ans	# d'enfant de 1 à 2 ans	Total
1 ^{er} séjour	3 juillet	8 juillet	5 nuitées	x 372\$	X 325\$	X258\$	X92\$	
2 ^e séjour	10 juillet	15 juillet	5 nuitées	x 372\$	X 325\$	X258\$	X92\$	
3 ^e séjour	17 juillet	22 juillet	5 nuitées	x 372\$	X 325\$	X258\$	X92\$	
4 ^e séjour	24 juillet	29 juillet	5 nuitées	x 372\$	X 325\$	X258\$	X92\$	
5 ^e séjour	31 juillet	5 août	5 nuitées	x 372\$	X 325\$	X258\$	X92\$	
6 ^e séjour	7 août	12 août	5 nuitées	x 372\$	X 325\$	X258\$	X92\$	
7 ^e séjour	14 août	19 août	5 nuitées	x 372\$	X 325\$	X258\$	X92\$	

Personnes à rejoindre en cas d'urgence (autre que membres sur le site)

Nom : _____ Téléphone : () _____ Lien avec la famille : _____

Nom : _____ Téléphone : () _____ Lien avec la famille : _____

Fiche médicale

État de santé			
Un membre de votre famille a-t-il déjà souffert de :	Oui	Non	Nom de la personne
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Somnambulisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Maladie de peau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mouille son lit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Épilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hyperactivité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fracture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Entorse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problème de cou ou de dos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autres :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Allergies		
Un membre de votre famille souffre-t-il d'allergie :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si oui, précisez :		
Nom :	Allergie :	Symptômes :

Un membre de votre famille a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Épipen, Ana-kit) en fonction de ses allergies :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Si oui, qui est autorisé à conserver et administrer ce médicament, et ce, selon quelle posologie?	Personne elle-même <input type="checkbox"/>	Membre de la famille <input type="checkbox"/>	Personnel du camp <input type="checkbox"/>
Posologie :			

À SIGNER SI UN MEMBRE DE VOTRE FAMILLE A UNE DOSE D'ADRÉNALINE EN SA POSSESSION

Par la présente, j'autorise les membres du personnel de la Colonie des grèves à administrer selon le besoin et en cas d'urgence la dose d'adrénaline.

Signature du responsable : _____

Un membre de votre famille a-t-il déjà été hospitalisé? Oui Non

Si oui, veuillez en indiquer la raison :

Autres informations pertinentes

Veillez prendre note que toutes les informations concernant l'état de santé de votre enfant demeureront confidentielles. Elles seront transmises uniquement à son animateur et à son responsable afin de permettre un meilleur encadrement ainsi qu'une intervention plus efficace en cas d'urgence.

Autorisation d'utilisation de photos à des fins de matériel publicitaire

IL EST POSSIBLE QUE LA COLONIE DES GRÈVES DE CONTRECOEUR, L'ASSOCIATION DES CAMPS DU QUÉBEC OU SES MANDATAIRES PRENNENT DES PHOTOS ET (OU) DES FILMS SUR LES ACTIVITÉS DES ENFANTS ET DE LA FAMILLE PENDANT LA DURÉE DE LEUR SÉJOUR. SI UN TEL CAS SE PRODUIT, JE LES AUTORISE À SE SERVIR DE CE MATÉRIEL EN TOUT OU EN PARTIE À DES FINS PUBLICITAIRES (BROCHURES, REVUES, JOURNAUX, TÉLÉVISION, INTERNET, ETC.) TOUT LE MATÉRIEL UTILISÉ DEMEURERA LA PROPRIÉTÉ DE LA COLONIE DES GRÈVES DE CONTRECOEUR, LE MOUVEMENT QUÉBÉCOIS DES VACANCES FAMILIALES OU DE L'ASSOCIATION DES CAMPS DU QUÉBEC.

J'ACCEPTÉ QUE MA FAMILLE SOIT PRISE EN PHOTO LORS DES ACTIVITÉS À LA COLONIE DES GRÈVES.

JE REFUSE QUE MA FAMILLE SOIT PRISE EN PHOTO LORS DES ACTIVITÉS À LA COLONIE DES GRÈVES.

NOM DU RESPONSABLE

SIGNATURE DU RESPONSABLE

DATE DE LA SIGNATURE

En cas d'accident ou de symptômes COVID, je consens à ce que les membres de ma famille reçoivent les soins nécessaires et même qu'ils soient conduits à l'hôpital. J'accepte que le camp n'assume aucune responsabilité pour tout objet perdu ou volé. En cas de départ pendant le séjour, les frais de pension seront remboursés au prorata des jours non utilisés en plus d'un montant fixe. Suite à des raisons jugées sérieuses par la direction du camp, une famille ou l'un de ses membres peut être renvoyé sans remboursement.

Signature du parent responsable : _____

Merci de joindre le paiement des frais d'inscription de 50\$ par personne de 3 ans et plus avec l'envoi de ce formulaire. Une confirmation d'inscription vous sera envoyée dès la réception du premier paiement.

Tout versement doit être acquitté par chèque au nom de Colonie des Grèves de Contrecoeur et expédié à l'adresse suivante :

Colonie des Grèves de Contrecoeur, 10350, route Marie-Victorin, Contrecoeur (Québec) JOL 1C0

ou par virement Interac à l'adresse courriel suivante :

info@coloniedesgreves.com

Mot de passe : Colonie (C majuscule)

Pour nos statistiques :

Où avez-vous entendu parler du camp? : _____

Vos ou un membre de votre famille a-t-il déjà fréquenté notre camp? : _____ Si oui, en quelle année? : _____

Quel est votre revenu brut familial annuel ?

Moins de 23 999\$ ____ 24 000 à 28 999\$ ____ 29 000\$ à 35 999\$ ____ 36 000\$ à 43 999\$ ____ 44 000\$ à 49 999\$ ____

50 000\$ à 55 999\$ ____ 56 000\$ à 62 999\$ ____ 63 000\$ à 79 999\$ ____ 80 000\$ à 99 999\$ ____ 100 000\$ et plus ____

RETOURNER PAR COURRIEL À : administration@coloniedesgreves.com