

COLONIE DES GRÈVES DE CONTRECŒUR

FICHE D'INSCRIPTION CAMP DE JOUR DE LA RELÂCHE

(Un formulaire par enfant)

Enfant : Nom : _____ Prénom : _____

Âge : (lors du camp) _____ Date de naissance : _____ Sexe : F () M ()
jour / mois / année

Numéro d'assurance maladie : _____ Date d'expiration : _____

Parent ou tuteur : Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____ Courriel : _____
no rue ville code postal

Téléphone : () _____ Préciser : Père () Mère () Tuteur ()

Numéro d'assurance-sociale : _____ pour émission du Relevé 24 pour le parent ou tuteur

Je renonce au Relevé 24

Personnes à rejoindre en cas d'urgence

Nom _____ Téléphone () _____ Préciser lien avec l'enfant : _____

Nom _____ Téléphone () _____ Préciser lien avec l'enfant : _____

La date du camp de jour (Merci de cocher la ou les dates choisies)

	Semaine entière	Lundi 28 février	Mardi 1er mars	Mercredi 2 mars	Jeudi 3 mars	Vendredi 4 mars
Cochez	<input type="checkbox"/>					
Repas chaud et collation	<input type="checkbox"/>					
Avec arrivée dès 7h (5\$ supp)	<input type="checkbox"/>					

Infos camp de jour

Âge : 5 à 12 ans

Coût : 35\$/jour avec repas et collations
28\$/jour SANS repas, mais avec collation

**Veuillez prendre note que si votre enfant n'est pas présent pour une ou plusieurs journées pour cause de maladie, vous serez remboursé pour ces journées **

La présence de votre enfant est garantie suite à la réception du premier paiement de 50% des frais d'inscription.

Horaire

Service de garde : 7h30 à 9h et 16h à 17h30

Possibilité d'arriver dès 7h le matin en ajoutant 5\$/jour

Animation : 9h à 16h

Fiche médicale

1. ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

A-t-il déjà eu les maladies suivantes?		Souffre-t-il des maux suivants?		A-t-il reçu les vaccins suivants?		Date
Varicelle	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Asthme	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Tétanos	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Oreillons	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Diabète	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Rougeole	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Scarlatine	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Épilepsie	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Rubéole	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Rougeole	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Migraines	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oreillons	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Autres, préciser :		Autres, préciser :		Polio	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
				DcaT	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
				Autres, préciser :		

2. ALLERGIES

A-t-il des allergies?	Oui	Intolérance	Non	Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Épipen, Ana-kit) en raison de ses allergies? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> *Cette dose sera conservée dans les bureaux administratifs en tout temps. À signer si vous avez répondu Oui Par la présente, j'autorise les personnes désignées par la Colonie des Grèves à administrer, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline à mon enfant. Signature du parent : _____
Rhume des foins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herbe à puce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Piqûres d'insectes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Animaux*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Médicaments*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Allergies alimentaires* Précisez : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autres, préciser :				

*Si votre enfant doit prendre de la médication lors d'une intolérance, veuillez l'indiquer dans la section MÉDICAMENTS.

3. MÉDICAMENTS SOUS ORDONNANCE

Votre enfant prend-il des médicaments? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Si oui, noms des médicaments :	Posologie :
Les prend-il lui-même? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Préciser :

Si votre enfant doit prendre des médicaments, vous devrez, à votre arrivée au camp, remplir un formulaire d'autorisation de prise de médicament afin que les responsables puissent distribuer le médicament prescrit à votre enfant.

4. MÉDICAMENTS EN VENTE LIBRE

Cocher les médicaments :	
<input type="checkbox"/> Acétaminophène (Tylenol, Tempra) <input type="checkbox"/> Antiémétique (Gravol) <input type="checkbox"/> Antihistaminique (Benadryl, Reactine) <input type="checkbox"/> Anti-inflammatoire (Advil) <input type="checkbox"/> Sirop contre la toux <input type="checkbox"/> Antibiotique en crème (Polysporin) <input type="checkbox"/> Autres, préciser : _____	

Autres informations pertinentes

Les questions qui suivent nous aideront à mieux intervenir auprès de votre enfant. Si votre enfant a besoin d'un accompagnement spécifique, veuillez-le-nous mentionnez lors de l'envoi de la fiche d'inscription.

Y a-t-il des particularités à considérer dans les situations suivantes :			
Besoins spécifiques	Oui	Non	Si oui, expliquez
Alimentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nage (A-t-il besoin d'une veste de flottaison individuelle?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Déplacement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Motricité globale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Motricité fine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Comportement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Adaptation au changement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Activités auxquelles l'enfant ne peut participer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prothèses, lunettes ou autre équipement nécessaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Suivi particulier durant l'année (médecin, spécialistes, CLSC, technicien, travailleur social, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fille : A-t-elle commencé à être menstruée? Oui <input type="checkbox"/> Non, et elle n'est pas renseignée <input type="checkbox"/> Non, mais elle est renseignée <input type="checkbox"/> Y a-t-il des considérations particulières à ce sujet?			

Veuillez 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.

Consentement du parent ou tuteur

Je déclare que les informations données sont exactes. En cas d'accident, je consens à ce que l'enfant dont j'ai la charge reçoive les soins nécessaires et même qu'il soit conduit à l'hôpital. J'accepte également le fait que le camp n'assume aucune responsabilité pour tout objet perdu, brisé ou volé.

J'autorise le personnel de la Colonie des Grèves à administrer à mon enfant, si nécessaire, un ou plusieurs médicaments sans ordonnance en vente libre.

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 pendant la durée de son séjour. Si 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, etc.). Tout le matériel utilisé demeurera la propriété de la Colonie des Grèves ou de l'association des camps du Québec.

- J'autorise** le personnel de la Colonie des Grèves à administrer à mon enfant, si nécessaire, un ou plusieurs médicaments sans ordonnance en vente libre.
- J'accepte** que mon enfant soit pris en photo lors des activités de la Colonie des Grèves.
- Je refuse** que mon enfant soit pris en photo lors des activités à la Colonie des Grèves.

Nom de l'enfant : _____

Signature : _____ Signé à : _____ Date : _____

Nom du parent : _____

RETOURNER PAR COURRIEL À : administration@coloniedesgreves.com