le p'tit bonheur
CAMP D'ÉTÉ JEUNE-AIR
1400, chemin du Lac Quenouille
Lac Supérieur, Québec J0T 1P0

FICHE D'INSCRIPTION et MÉDICALE

Réservé à l'administration

Dossier_____ Date_____ Programme_____ Groupe_____ Âge_____

RENSEIGNEMENTS SUR L'ENFANT

PRÉNOM : _____ NOM : _____

ADRESSE : _____ TÉLÉPHONE : (_____)_____

VILLE : _____ NO. D'ASSURANCE-MALADIE : _____

CODE POSTAL_____ PROV._____ DATE D'EXPIRATION : Année _____ Mois_____

SEXE : F ___ M___ DATE DE NAISSANCE_____ / _____ / _____ ÂGE À LA DATE DU CAMP_____
Jour Mois Année

RENSEIGNEMENTS SUR LES PARENTS

NOM DU PÈRE_____	NOM DE LA MÈRE_____
TÉL.: (résidence)_____	TÉL.: (résidence)_____
TÉL.: (travail)_____ ext. _____	TÉL.: (travail)_____ ext. _____
TÉL. CELLULAIRE : _____	TÉL. CELLULAIRE : _____

RÉPONDANT DE L'ENFANT : PÈRE_____ MÈRE_____ - FACTURE ÉMISE AU NOM DE : _____

 # ASSURANCE SOCIALE : _____

RÉFÉRENCES EN CAS D'URGENCE

(indiquer les références de DEUX personnes à contacter en cas d'urgence s'il nous est impossible de rejoindre les parents)

PRÉNOM et NOM	LIEN DE PARENTÉ	TÉL.: DOMICILE	TÉL.: URGENCE
1._____	_____	(____)._____	(____)._____
2._____	_____	(____)._____	(____)._____

Mon enfant prendra le transport: Montréal ☐ Aller ☐ Retour Gatineau ☐ Aller ☐ Retour Les parents se chargeront du transport ☐ Aller ☐ Retour

PROGRAMME : _____ S.V.P. jumeler avec (nom de l'ami) : _____

CHOIX DU SÉJOUR 1er choix_____ 2e choix_____

PHOTO OBLIGATOIRE

Taille de l'enfant : _____ Poids : _____

1. Votre enfant prend-il des médicaments quotidiennement? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez le nom du médicament et la posologie:

_____

_____

2. Votre enfant mouille-t-il son lit? ☐ Oui ☐ Non 3. Votre enfant est-il somnambule? ☐ Oui ☐ Non

4. État de santé général de votre enfant: si problème, cochez oui. Précisez : _____

	Oui	Non		Oui	Non		Oui	Non		Oui	Non		Oui	Non
Coeur	☐	☐	Gorge	☐	☐	Poumons	☐	☐	Reins	☐	☐	Dents	☐	☐
Yeux	☐	☐	Colonne	☐	☐	Oreilles	☐	☐	Nez	☐	☐	Autres	☐	☐

5. Votre enfant souffre-t-il de maladies chroniques ou récurrentes? ☐ Oui ☐ Non Si oui, précisez: _____

Asthme ☐ Épilepsie ☐ Diabète ☐ Otite ou Amygdalite à répétition ☐ Autres _____

Précisez (fréquence des crises, gravité): _____

6. Votre enfant souffre-t-il d'allergies? ☐ Oui ☐ Non, Si oui précisez (fréquence, gravité) _____

A-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Epipen, Ana-Kit) en fonction de ses allergies? ☐ Oui ☐ Non

7. Votre enfant a-t-il été vacciné contre le tétanos? ☐ Oui ☐ Non Si oui, en quelle année _____

8. Votre enfant a-t-il été vacciné contre la rougeole? ☐ Oui ☐ Non Si oui, en quelle année _____

9. Autres particularités à nous signaler sur le plan médical (chirurgie, blessures graves etc.): _____

_____

10. Votre enfant a-t-il des restrictions pour certaines activités, doit-il porter des prothèses particulières?

☐ Oui ☐ Non Si oui, précisez _____

11. Particularités à nous signaler sur le caractère ou le comportement de votre enfant (hyperactivité, ennui, phobie, etc,) :

_____

MODE DE PAIEMENT (dépôt et coût séjour + frais d'annulation) CHÈQUE CERTIFIÉ,MANDAT POSTE OU CARTE DE CRÉDIT SEULEMENT - Un dépôt de 50$ est exigible au moment de l'inscription et n'est pas remboursable en cas d'annulation. Le coût du séjour incluant les taxes doit être acquitté avant le 1er juin précédent le camp de vacances. Le coût du séjour inclut l'hébergement, la pension, l'encadrement, le matériel pour les activités, le transport,t-shirt et photo-souvenir. Annulation 30 jours avant le début du camp, remboursement complet (moins le dépôt). Annulation 15 jours avant le début du camp, remboursementde 50% (moins le dépôt). En cas de retour à la maison pour des raisons de contagion, mauvais comportement ou d'annulation moins de 15 jours avant le début du camp, aucun remboursement.

Si payé par carte de crédit: VISA ___MASTERCARD:____No: _____ Exp. mois_____Année_____

Signature du détenteur : _____ Date : _____

Dépôt : _____$ Solde à payer (1er juin précédent le camp) _____$ Signature d'autorisation d'encaissement du solde _____

Par la présente, j'accepte que le Camp Jeune-Air utilise des photos ou films de mes enfants pris lors de leurs séjours à des fins publicitaires. De plus je certifie que les renseignements fournis sur la fiche médicale de mon enfant sont exacts et j'autorise la direction à donner à mon enfant les soins médicaux appropriés (médicaments et traitements mineurs) et, en cas d'urgence, à prendre les dispositions nécessaires recommandées par un médecin. Je m'engage, par le fait même, à défrayer le coût des soins administrés à mon enfant, le cas échéant.

SIGNATURE DU PARENT RESPONSABLE _____ **DATE**_____ **# dossier** _____