



## FICHE D'INSCRIPTION – Camp de jour 2018

PHOTO  
OBLIGATOIRE

1. ENFANT / CAMPEUR			
Nom		Date de naissance :	____ / ____ / ____ AAAA MM JJ
Prénom		Taille :	____ m / ____ pi      Poids : ____ kg / ____ lbs
Sexe :	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	No d'assurance maladie :	Exp. :
2. PARENTS / TUTEURS			
L'enfant réside avec : <input type="checkbox"/> Parent ou tuteur 1 <input type="checkbox"/> Parent ou tuteur 2 <input type="checkbox"/> Les 2 parents ou tuteurs			
PARENT OU TUTEUR 1		PARENT OU TUTEUR 2	
Lien avec l'enfant :		Lien avec l'enfant :	
Nom		Nom	
Adresse		Adresse	
Ville		Ville	
Code postal		Code postal	
Téléphone	Rés. :	Téléphone	Rés. :
	Bur. :		Bur. :
	Cell. :		Cell. :
Courriel		Courriel	
Émettre le reçu d'impôt au nom de :		No ass. sociale :	
3. RÉPONDANTS EN CAS D'URGENCE (AUTRES QUE LES PARENTS OU TUTEURS)			
PRÉNOM ET NOM	LIEN AVEC L'ENFANT	TÉL. RÉSIDENCE	TÉL. CELLULAIRE
1.			
2.			
4. PROFIL DE LA CLIENTÈLE			
<b>Comment avez-vous connu le camp St-Donat?</b>		<b>La garde de l'enfant est assumée par</b>	
<input type="checkbox"/> Parents / Amis <input type="checkbox"/> Ancien du camp <input type="checkbox"/> Internet		<input type="checkbox"/> Père et mère <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père	
<input type="checkbox"/> CLSC / Organisme <input type="checkbox"/> Répertoire ACQ <input type="checkbox"/> Journaux		<input type="checkbox"/> Tuteur(s) <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :	
<input type="checkbox"/> Autre (précisez) :		<b>Nombre d'enfants à votre charge de moins de 18 ans :</b>	
5. ENGAGEMENTS ET AUTORISATIONS			
En inscrivant votre enfant au camp, vous affirmez bien comprendre les règles et politiques du camp qui suivent et vous consentez à leur mise en application par le personnel du camp :			
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Je reconnais avoir pris connaissance du cout du séjour et je m'engage à défrayer les montants requis aux moments déterminés par le camp. Le cout total des séjours sera payé avant le début de chaque séjour.</li><li>▪ J'accepte que le camp St-Donat, l'Association des camps du Québec et leurs mandataires respectifs pourront prendre des photographies ou enregistrer des images vidéo sur lesquels mon enfant pourrait figurer. Je les autorise à utiliser son image, sa ressemblance ou sa voix à des fins publicitaires, dans des médias imprimés, électroniques, sociaux ou autres. Il est entendu que son nom ne pourra être utilisé sans mon autorisation écrite et que le matériel produit demeurera la propriété du camp St-Donat.</li><li>▪ J'autorise le personnel du camp à administrer à mon enfant, en cas de besoin, des médicaments en vente libre, tels que : analgésiques, anti-inflammatoire, pastilles pour la toux, anti-diarrhéique, anti-nauséeux, antihistaminique, onguent antibiotique ou autres.</li><li>▪ J'autorise la direction du camp, si cela est jugé nécessaire, à confier mon enfant sans délai à un médecin, un CLSC ou un hôpital de son choix, et à signer tous les documents requis par les autorités médicales pour que l'enfant reçoive les soins nécessaires à son état. Je comprends que les frais de transport vers l'établissement de soins de santé, incluant un éventuel transport en ambulance, seront à ma charge.</li><li>▪ J'autorise le médecin traitant, le CLSC ou l'hôpital à prodiguer à mon enfant les soins nécessaires, qu'elle qu'en soit la nature (examens, prélèvements, traitements ou autres). J'autorise le camp à divulguer au personnel soignant les renseignements contenus sur la Fiche d'inscription, incluant la fiche Santé. Je m'engage à entrer en communication sans délai avec les autorités médicales, sur demande de la direction du camp.</li><li>▪ Je déclare être titulaire de l'autorité parentale de l'enfant identifié sur cette fiche.</li></ul>			
6. SIGNATURES			
PARENT OU TUTEUR 1 :		PARENT OU TUTEUR 2 :	
		DATE :	

## 7. RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES SUR L'ENFANT / CAMPEUR

<b>Nom</b>		<b>Date de naissance :</b> _____ / _____ / _____ <small style="text-align: center;">AAAA                      MM                      JJ</small>
<b>Votre enfant en sera-t-il à sa 1re expérience en camp de jour?</b>		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non, ce sera sa _____ e expérience de camp.
<b>Votre enfant en sera-t-il à son 1<sup>er</sup> séjour au camp St-Donat?</b>		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non, ce sera son _____ e séjour à St-Donat.
<b>Décrivez en quelques lignes le comportement général de votre enfant avec l'adulte :</b>		
<b>Décrivez en quelques lignes le comportement de votre enfant avec d'autres enfants :</b>		
<b>Quels moyens utilisez-vous pour intervenir (discipline) auprès de votre enfant?</b>		
<b>Votre enfant s'ennuie-t-il facilement de ses proches?</b>		<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, précisez :
<b>Votre enfant est-il sujet à des peurs ou craintes excessives?</b>		<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, précisez :
<b>Votre enfant participe-t-il à des activités organisées dans son milieu?</b>		<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, précisez :
<b>Votre enfant est-il sujet à des limitations pour certaines activités?</b>		<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, précisez :
<b>Lors de la baignade, votre enfant :</b> <input type="checkbox"/> Doit porter un vêtement de flottaison <input type="checkbox"/> Sait nager <input type="checkbox"/> Autre, précisez :		
<b>Votre enfant a-t-il des habitudes particulières sur le plan de :</b>		<b>Vie de groupe :</b> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, précisez :
Alimentation <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, précisez :		Religion : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, précisez :
Sommeil : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, précisez :		Autres : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, précisez :
<b>Votre enfant aimerait faire partie du même groupe que (vous pouvez indiquer le nom de 2 enfants du même groupe d'âges) :</b>		
1. _____		2. _____

## 8. CHOIX DES SÉJOURS

Âges	Sem.	Dates	Prix*		Choix	Nb de jours	MONTANT TOTAL
			À la journée	À la semaine			
6-14 ans	1	25 au 29 juin 2018	32\$	130\$	Lun <input type="checkbox"/> Mar <input type="checkbox"/> Mer <input type="checkbox"/> Jeu <input type="checkbox"/> Ven <input type="checkbox"/>		
	2	2 au 6 juillet 2018	32\$	130\$	Lun <input type="checkbox"/> Mar <input type="checkbox"/> Mer <input type="checkbox"/> Jeu <input type="checkbox"/> Ven <input type="checkbox"/>		
	3	9 au 13 juillet 2018	32\$	130\$	Lun <input type="checkbox"/> Mar <input type="checkbox"/> Mer <input type="checkbox"/> Jeu <input type="checkbox"/> Ven <input type="checkbox"/>		
	4	16 au 20 juillet 2018	32\$	130\$	Lun <input type="checkbox"/> Mar <input type="checkbox"/> Mer <input type="checkbox"/> Jeu <input type="checkbox"/> Ven <input type="checkbox"/>		
	5	23 au 27 juillet 2018	32\$	130\$	Lun <input type="checkbox"/> Mar <input type="checkbox"/> Mer <input type="checkbox"/> Jeu <input type="checkbox"/> Ven <input type="checkbox"/>		
	6	30 juillet au 3 août 2018	32\$	130\$	Lun <input type="checkbox"/> Mar <input type="checkbox"/> Mer <input type="checkbox"/> Jeu <input type="checkbox"/> Ven <input type="checkbox"/>		
	7	6 au 10 août 2018	32\$	130\$	Lun <input type="checkbox"/> Mar <input type="checkbox"/> Mer <input type="checkbox"/> Jeu <input type="checkbox"/> Ven <input type="checkbox"/>		
	8	13 au 16 août 2018	32\$	105\$	Lun <input type="checkbox"/> Mar <input type="checkbox"/> Mer <input type="checkbox"/> Jeu <input type="checkbox"/>		
<b>TOTAL</b>							

Les couts de 32\$ par jour à la carte ou de 130\$ par semaine incluent le diner et le service de garde du matin et de la fin de l'après-midi. Le camp de jour est accessible de 7h30 à 18h00. Les forfaits à la semaine incluent l'option d'un coucher au camp par semaine. Des frais supplémentaires de 25\$ seront exigés pour un coucher supplémentaire dans la même semaine.  
 \* Nous offrons pour les 8 semaines complètes un prix global de 640\$.

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

**FICHE SANTÉ- Camp de jour 2018**

PHOTO  
OBLIGATOIRE

1. ENFANT / CAMPEUR					
Nom			Date de naissance :	____ / ____ / ____ AAAA MM JJ	
Prénom			No d'assurance maladie :	Exp. :	
2. MÉDECIN TRAITANT					
Nom du médecin traitant			Tél. du médecin		
Clinique ou hôpital			Autres coordonnées		
3. ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX					
<b>Votre enfant souffre-t-il de maladies parmi les suivantes?</b>				<b>Si votre enfant a déjà subi des interventions chirurgicales, complétez les lignes suivantes :</b>	
Asthme	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, précisez :		Année	Intervention
Diabète - Hypoglycémie	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, précisez :			
Épilepsie	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, précisez :			
Migraines	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, précisez :			
Hyperactivité	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, précisez :			
Problèmes cardiaques	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, précisez :			
<b>Votre enfant a-t-il déjà souffert ou est-il sujet aux maladies suivantes :</b>			4. PRISE DE MÉDICAMENTS		
Otitites	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<b>Si votre enfant prend des médicaments sous ordonnance, indiquez leur nom et la posologie qui s'applique.</b>		
Oreillons	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<b>Nom du médicament</b>	<b>Posologie</b>	
Varicelle	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	1.		
Rougeole	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	2.		
Scarlatine	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	3.		
Autre :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4.		
5. AUTRES SITUATIONS					
<b>Cochez les cases qui s'appliquent à votre enfant</b>			<b>Votre enfant a-t-il reçu un diagnostic pour (cochez les cases qui s'appliquent et précisez) :</b>		
Somnambulisme	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> TDAH	<input type="checkbox"/> Syndrome Gilles de la Tourette	
Énurésie (pipi au lit)	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> TDA	<input type="checkbox"/> Trouble du comportement :	
Porte-t-il des couches?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui			
Incontinence fécale	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> TSA	<input type="checkbox"/> Troubles du langage :	
Maladies de peau	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> TOC	<input type="checkbox"/> Troubles moteurs :	
Autre :	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Anxiété généralisée	<input type="checkbox"/> Autre :	
Menstruations	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Sinon, est-elle informée? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		
6. HISTORIQUE DE VACCINATION			7. ALLERGIES		
<b>Cochez et indiquez la date du dernier vaccin reçu pour :</b>			<b>Votre enfant souffre-t-il des allergies suivantes</b>		
<input type="checkbox"/> Coqueluche	Date :		Fièvre des foins	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, précisez :
<input type="checkbox"/> Diphtérie	Date :		Herbe à pou	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, précisez :
<input type="checkbox"/> Hépatite A	Date :		Piqûres d'insectes	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, précisez :
<input type="checkbox"/> Hépatite B	Date :		Pénicilline	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, précisez :
<input type="checkbox"/> Oreillons	Date :		Pollen (saisonniers)	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, précisez :
<input type="checkbox"/> Rougeole	Date :		Animaux	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, précisez :
<input type="checkbox"/> Rubéole	Date :		Arachides	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, précisez :
<input type="checkbox"/> Tétanos	Date :		Autre allergie alimentaire	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, précisez :
<input type="checkbox"/> Varicelle	Date :		Autre allergie	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, précisez :
<input type="checkbox"/> Méningocoque	Date :		Votre enfant disposera-t-il avec lui d'un doseur d'adrénaline (Epipen, Ana-Kit)? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		
<input type="checkbox"/> Polio	Date :		Si oui, j'autorise les personnes suivantes à administrer doseur en cas de besoin?		
<input type="checkbox"/> Autre :	Date :		<input type="checkbox"/> L'enfant lui-même	<input type="checkbox"/> Son moniteur	<input type="checkbox"/> Tout membre du personnel