



**CAMP SAINT-FRANÇOIS ÎLE D'ORLÉANS
FICHE D'INSCRIPTION CAMP DE JOUR
ÉTÉ 2012**

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Nom et prénom de l'enfant: _____ Sexe: M F

Adresse: _____ Date de naissance: _____

Code postal: _____ Téléphone: _____

École fréquentée : _____ Degré de scolarité complété: _____

Nom du père: _____ Nom de la mère: _____

Courriel : _____ Courriel : _____

Téléphone: (R) _____ Téléphone: (R) _____

(B) _____ (B) _____

(C) _____ (C) _____

À quel nom doit-on émettre le reçu ? _____ **N.A.S.**

Selon les directives du ministère du Revenu, le numéro d'assurance sociale est obligatoire pour émettre le Relevé 24 (reçu)

Frais d'inscription non remboursables : 65\$ par famille

Forfait avec les municipalités de Saint-Laurent et de Saint-Jean (7 semaines de camp)

		Camp seul	Avec repas	Avec transport	Avec repas et transport
7 semaines de camp (été)	1 ^{er} enfant	480\$ <input type="checkbox"/>	693\$ <input type="checkbox"/>	845,62\$ <input type="checkbox"/>	1058,62\$ <input type="checkbox"/>
	2 ^{ème} enfant	445\$ <input type="checkbox"/>	658\$ <input type="checkbox"/>	810,62\$ <input type="checkbox"/>	1023,62\$ <input type="checkbox"/>
	3 ^{ème} enfant	410\$ <input type="checkbox"/>	623\$ <input type="checkbox"/>	775,62\$ <input type="checkbox"/>	988,62\$ <input type="checkbox"/>
À la semaine		103\$ <input type="checkbox"/>	134\$ <input type="checkbox"/>	157,04\$ <input type="checkbox"/>	188,04\$ <input type="checkbox"/>
Choix des semaines : 25 juin <input type="checkbox"/> 23 juillet <input type="checkbox"/> 2 juillet <input type="checkbox"/> 30 juillet <input type="checkbox"/> 9 juillet <input type="checkbox"/> 6 août <input type="checkbox"/> 16 juillet <input type="checkbox"/>					
À la journée		27\$ <input type="checkbox"/>	34\$ <input type="checkbox"/>	39,65\$ <input type="checkbox"/>	46,65\$ <input type="checkbox"/>
(pour le choix des journées, veuillez contacter la direction du camp au 418-204-1444)					

(Toutes les taxes sont INCLUSES)

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Les informations contenues dans cette section nous serviront à améliorer la qualité du séjour de votre enfant.

Est-ce une première expérience en camp de vacances? oui non

Sinon, spécifiez: Année _____ Nom du camp _____

Nombre de soeurs: _____ Nombre de frères: _____ Rang de l'enfant: _____

L'enfant aura-t-il des amis ou parents au camp lors du séjour avec lesquels il aimerait être jumelé? oui non

Si oui, nom de l'enfant: _____ Âge: _____

L'enfant est-il autonome dans l'eau? oui non

Spécifiez: _____

Personnes à contacter en cas d'absence des parents :

Nom : _____ Nom : _____

Tél : _____ Tél : _____

Lien : _____ Lien : _____

IMPORTANT : les personnes dont les noms apparaissent comme personnes ressources doivent être averties.

Si différentes des parents, coordonnées de la personne qui viendra chercher l'enfant au camp :

Nom : _____ Tél : _____

AUTORISATION MATÉRIEL PUBLICITAIRE

Étant donné que le Camp Saint-François I.O., l'Association des camps du Québec ou ses mandataires, prendront des photos et (ou) des films sur les activités de mon enfant pendant la durée de son séjour, je les autorise à se servir de ce matériel en tout ou en partie à des fins publicitaires, telles brochures, revues, journaux, télévision, etc., tout le matériel utilisé demeurera la propriété du Camp Saint-François I.O. ou de l'Association des camps du Québec.

OUI NON

Signature du parent ou tuteur

Date

Où avez-vous entendu parler de nous? Le Soleil Journal de Québec Journaux de Quartier École CITF
 Feuilleton paroissial Internet Revue Enfants Bottin ACQ Amis Radio régionale Autres _____

RETOURNEZ CETTE FICHE D'INSCRIPTION AU:

Camp Saint-François I.O.
1476 de Repentigny
Québec (Qué)
G1S 1Y6
Téléphone: (418) 204-1444
Télécopieur: (418) 204-1441
Courriel : info@campst-francois.com

Signature du parent ou tuteur

Date

Vous trouverez les informations médicales à fournir à la page suivante. Veuillez s.v.p. remplir une fiche médicale par enfant inscrit.

FICHE MÉDICALE ÉTÉ 2012

Camp de jour

Camp de séjour

Nom de l'enfant: _____ Âge: _____

Date de naissance: ___/___/___ No ass. maladie: _____ Exp : _____

Votre enfant a-t-il des problèmes de santé? OUI NON

Si oui, veuillez nous les décrire :

ALLERGIES (médicaments ou aliments): _____

Si allergie, réaction de l'enfant: _____

Votre enfant utilise-t-il une dose d'adrénaline (EPIPEN-ANA-DIT)?

Oui _____ Non _____

Si oui, vous devez l'apporter et rencontrer l'infirmière lors de votre arrivée.

État physique actuel: excellent () bon () moyen ()

À surveiller spécialement: _____

Existe-t-il chez l'enfant des contre-indications:

- au bain (piscine): _____

- à certains aliments: _____

- à certains médicaments: _____

Est-ce que l'enfant prend de la médication? (inscrire le nom du médicament et sa posologie) :

Médicament	Posologie

IMPORTANT Si l'enfant prend des médicaments, vous devez les identifier au nom de l'enfant, et les remettre à l'infirmière lors de l'arrivée. Tout médicament doit être accompagné de la prescription du médecin (sur la bouteille même ou sur papier). Sans prescription, le médicament, quel qu'il soit, ne peut être administré à l'enfant.

En cas d'urgence, (maladie, accidents, etc.) je, soussigné(e) consens à ce que le directeur ou son représentant, prenne les mesures qu'il juge nécessaire pour le bien de mon enfant et j'accepte d'assumer les frais qui pourraient en découler. J'autorise également le directeur ou son représentant à administrer à mon enfant, tout médicament vendu sans prescription (ex : tyléno, pastilles contre le toux, etc.) qu'il jugera nécessaire. Je dégage le directeur ou son représentant de toute responsabilité face aux mesures prises.

Le titulaire de l'autorité parentale comprend que le numéro de carte d'assurance maladie est destiné à être utilisé seulement aux fins prévus par la loi sur l'assurance maladie, c'est-à-dire, à la prestation de service en matière de santé ou de services sociaux. Le camp ne fera aucun autre usage du numéro d'assurance maladie.

Signature : _____ Date: _____

Nom du signataire : _____