

INSCRIPTION OFFICIELLE AIDE-ANIMATEUR KATAG 2020



NOM : _____ PRÉNOM : _____
SEXE : M F ANCIEN(NE) : OUI NON
NAISSANCE : _____ ÂGE AU 31 AOÛT 2020 : _____ ANS
 Jour Mois Année

NOM DU PÈRE, MÈRE OU TUTEUR : _____

ADRESSE : _____ CODE POSTAL : _____

VILLE : _____ COURRIEL : _____

TÉL. RÉS.: (____) _____ TÉL. TRAVAIL : (____) _____

Comment avez-vous connu notre camp ? _____

À l'ouverture du dossier, vous devez effectuer un premier versement de **150\$**. Les versements s'effectuent par la poste et vous devez fournir ces montants par chèque ou mandat poste. Indiquer au verso:
" **Camp Katag** " en y ajoutant le **nom de l'enfant**. Le paiement global est accepté à partir de l'ouverture du dossier et la date limite est le 6 août 2020. Si l'enfant quitte le Camp durant la semaine sur avis du médecin, nous rembourserons le montant de la pension pour le nombre de jours non hébergés. Le **dépôt** est non remboursable, après le 30 avril 2020.

Veuillez expédier le formulaire complété, accompagné du paiement, fait à l'ordre de « **Katag** »,
à l'adresse suivante :

Katag
42, Montcalm-Sud
Candiac, Qc
J5R 3M5

J'accepte que le Camp Boute-en-Train et Animation la Forge inc. se réservent les droits d'utiliser, pour des fins publicitaires, les photos ou vidéo qui seront pris de mon enfant lors de son séjour au Camp Oui Non

Coûts

Les tarifs sont de 440\$ (pour les inscriptions reçues **avant** le 31 mars 2020)
Les tarifs seront de 490\$ (pour les inscriptions reçues **après** le 31 mars 2020)



DATES DU SÉJOUR ÉTÉ 2020 : Programme mixte – 14 ans et + - Du 9 au 14 août 2020

J'accepte les politiques décrites ci-dessus

Signature : _____ Date : _____

Renseignement généraux sur l'enfant

NOM : _____ PRÉNOM : _____

No d'assurance maladie : _____ Expiration : _____

Sexe : M F Jour Mois Année

FICHE SANTÉ

Renseignement généraux sur le(s) parent(s) / tuteur(s)

Nom du père : _____

Adresse : _____

Téléphone Résidence :

(_____) _____

Téléphone Travail :

(_____) _____

Adresse Courriel : _____

Nom de la mère : _____

Adresse : _____

Téléphone Résidence :

(_____) _____

Téléphone Travail :

(_____) _____

Adresse Courriel : _____



Votre enfant fait-il des ALLERGIES ? OUI NON

Si oui à quoi ? _____

MINEURES : TRAITEMENT

SÉVÈRES : TRAITEMENT

SI ÉPIPEN : Qui est autorisé à conserver et administrer ce médicament et selon quelle posologie?

Enfant lui-même

Adulte autorisé par ma signature. Signature : _____

Posologie : _____

Peut-il faire toutes les activités ? oui non / Si non spécifiez : _____

Suit-il un régime alimentaire spécial ? oui non / Si oui spécifiez : _____

Présente-t-il un comportement émotionnel particulier ? oui non / Si oui cochez :

Agitation Nervosité Timidité Autres (spécifiez) : _____

Votre enfant mouille-t-il le lit ? oui non Votre enfant est-il somnambule ? oui non

Votre fille a-t-elle déjà eu ses menstruations ? oui non

Votre enfant a-t-il déjà subi une intervention chirurgicale ? oui non

Si oui, quand et pour quelle raison ? _____

NOM et PRÉNOM de l'enfant : _____

Votre enfant a-t-il déjà eu parmi les maladies suivantes (cochez)

Épilepsie Asthme Diabète Eczéma Urticaire Bronchite Amygdalite

Otites Oreillons Varicelle Rougeole Rubéole Autre : _____

Concernant ces maladies, donnez tous les renseignements qui s'avèrent importants pour nous, en particulier les médicaments : _____

Posologie : _____

Important



Vaccinations

| | | | | | | | |
|-----------|------------------------------|------------------------------|------------|---------|------------------------------|------------------------------|------------|
| Rougeole | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | Date _____ | Rubéole | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | Date _____ |
| Oreillons | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | Date _____ | DCT | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | Date _____ |
| Autre : | _____ | | Date _____ | Autre : | _____ | | Date _____ |
| Autre : | _____ | | Date _____ | Autre : | _____ | | Date _____ |

AUTORISATION PARENTALE

Donnez-vous l'autorisation au personnel du Camp (préposé(e) aux premiers soins) de donner certains médicaments en vente libre si la situation se présente (cochez les cases appropriées) :

Tylnol Grivol Gouttes polysporin yeux/oreilles Sirop décongestionnant ou pour la toux
 Bénadryl Autre(s) : _____

En signant la présente, j'autorise la direction du Camp Boute-en-Train à prodiguer tous les soins nécessaires. Si la direction le juge nécessaire, j'autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire.

De plus, s'il est impossible de nous rejoindre, j'autorise le médecin choisi par les autorités du Camp à prodiguer à mon enfant séjournant au Camp, tous les soins médicaux requis par son état y compris la pratique d'une intervention chirurgicale, des injections, l'anesthésie et l'hospitalisation.

Signature d'un parent ou tuteur _____

Noms de deux personnes à rejoindre en cas d'urgence (autres que les parents) :

Nom _____ Lien _____

Téléphone Résidence : (_____) _____ Téléphone Travail : (_____) _____

Nom _____ Lien _____

Téléphone Résidence : (_____) _____ Téléphone Travail : (_____) _____