

## FICHE D'INSCRIPTION AU CAMP DE JOUR 2023

<u>Nom et prénom de l'enfant</u>		<u>Date de Naissance</u>		<u>Sexe</u>	
<u>Adresse de l'enfant</u>			<u>Numéro assurance maladie</u>		<u>Expiration</u>
<u>Nom et prénom du père</u>		<u>Téléphone à la maison</u>		<u>Autre numéro de téléphone</u>	
Adresse : No civique rue Ville province code postal					
Le père est autorisé à venir chercher l'enfant		OUI : <input type="checkbox"/>		NON : <input type="checkbox"/>	
<u>Nom et prénom de la mère</u>		<u>Téléphone à la maison</u>		<u>Autre numéro de téléphone</u>	
Adresse : No civique rue Ville province code postal					
La mère est autorisée à venir chercher l'enfant		OUI : <input type="checkbox"/>		NON : <input type="checkbox"/>	
Pour obtenir un reçu d'impôt, le parent payeur doit inscrire son numéro d'assurance sociale					
<u>Nom et prénom :</u>				<u>NAS</u>	
Je refuse de fournir mon numéro d'assurance sociale				<input type="checkbox"/>	
J'accepte de donner mon numéro d'assurance social				<input type="checkbox"/>	
<u>Signature :</u>					
Nom des 2 personnes autre que les parents à joindre en cas d'urgence et qui peuvent venir chercher l'enfant					
<u>Nom et prénom :</u>			<u>Téléphone :</u>		
<u>Nom et prénom :</u>			<u>Téléphone :</u>		
DOSSIER MÉDICAL	Oui	Non	Détails importants		
Trouble du langage :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
TDA avec ou sans hyperactivité :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Allergie :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Epipen / bédadryl :</u>		
Troubles oppositionnels, impulsivité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Trouble envahissant développement:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Spectre autistique :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Médicament (s):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Dose / fréquence :</u>		
Autre maladie :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Dyspraxie, dysphasie, épilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<u>Nom du médecin et numéro de téléphone :</u>					
<b>SÉCURITÉ AQUATIQUE</b>					
<u>Nage très bien seul et sans flotteur :</u>			<u>Nage sans flotteur mais avec surveillance :</u>		
<u>Nage avec Flotteur :</u>		<u>Ne sait pas nager :</u>		<u>À peur de l'eau :</u>	
Mon enfant aura besoin des heures hors camp régulier <b>175\$ pour le 1er enfant et 150\$ les suivants</b>		AM (6h30 à 9h)		PM (15h à 18h)	
<p>J'autorise la direction d'Ô Chalet, ainsi que son personnel du camp de jour à prodiguer tous les soins nécessaires pour mon enfant. J'autorise également le transport en ambulance ou par tout autre moyen (à mes frais) jusqu'à l'hôpital ou dans un établissement de soins hospitaliers. De plus, en cas d'urgence et s'il m'est impossible de vous rejoindre, j'autorise le médecin choisi par les autorisés du camp de jour d'Ô Chalet Aimé-Massue à prodiguer les soins médicaux requis par son état, y compris la pratique d'une intervention chirurgicale, transfusion, injections</p>					
<u>Signature parentale :</u> _____				<u>Date :</u> _____	
J'accepte que mon enfant soit photographié durant son séjour au camp de jour d' Ô Chalet Aimé-Massue et j'accepte que ces images servent à					
<u>Signature parentale :</u> _____				<u>Date :</u> _____	
Si vous souhaitez que votre enfant quitte seul le camp de jour d'Ô Chalet Aimé-Massue, veuillez l'indiquer. Le personnel se réserve le droit de ne pas acquiescer à la demande du parent si la sécurité de l'enfant est menacé (tempête, condition dangereuse etc.)					
<u>J'accepte</u>	Oui : <input type="checkbox"/>	Non : <input type="checkbox"/>	<u>que mon enfant :</u> _____		
quitte seul le camp de jour et je dégage le personnel de toutes responsabilités					
Je déclare que je vais prendre connaissance du guide du parent qui sera remis en début de saison Je déclare que les renseignements fournis dans ce document sont exacts et complets, à la présente date J'ai également pris connaissance des modalités de paiement, des généralités et des informations du camp de jour					
<u>Signature parentale :</u> _____				<u>Date :</u> _____	