



**RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT -- OBLIGATOIRE**

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_ Téléphone: \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
numéro et rue municipalité code postal

Date de naissance: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Taille : \_\_\_\_\_ Poids : \_\_\_\_\_ Sexe : F  M  Âge \_\_\_\_\_  
année mois jour

Adresse courriel : \_\_\_\_\_  Je suis conscient que sans courriel, je ne recevrai pas les informations du camp.

**URGENCE – En cas d’urgence, nous devons joindre (numéro de cellulaire si possible) - OBLIGATOIRE**

Nom du 1<sup>er</sup> parent : \_\_\_\_\_ Tél. # 1 : \_\_\_\_\_ Tél. # 2 : \_\_\_\_\_

Nom du 2<sup>e</sup> parent : \_\_\_\_\_ Tél. # 1 : \_\_\_\_\_ Tél. # 2 : \_\_\_\_\_

Nom d'une 3<sup>e</sup> personne : \_\_\_\_\_ Tél. # 1 : \_\_\_\_\_ Tél. # 2 : \_\_\_\_\_

Son lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

**PERSONNES AUTORISÉES à venir chercher l'enfant - Père :  Mère :  - OBLIGATOIRE**

Nom : \_\_\_\_\_ Tél. # 1 : \_\_\_\_\_ Tél. # 2 : \_\_\_\_\_

Son lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Tél. # 1 : \_\_\_\_\_ Tél. # 2 : \_\_\_\_\_

Son lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

Est-ce que votre enfant est autorisé à quitter seul le camp de jour : oui  non

Si oui, à quelle heure est-il autorisé à quitter le camp de jour? \_\_\_\_\_

**INFORMATIONS MÉDICALES - OBLIGATOIRE**

Numéro d'assurance maladie : \_\_\_\_\_ Expiration : \_\_\_\_\_

Votre enfant souffre-t-il d'allergies (alimentaires, animaux, médicaments, autres)? oui  non

Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

A-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (épipen, Ana-kit, twinject, allerject) en raison de ses allergies? oui  non

**\*À signer si votre enfant a une dose d'adrénaline.**

Par la présente, j'autorise le personnel du Camp de jour à administrer, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline à mon enfant.

Signature : \_\_\_\_\_ date : \_\_\_\_\_

Votre enfant souffre-t-il de maux et ou de maladies (asthme, diabète, épilepsie, migraine, autres)? oui  non

Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

Votre enfant a-t-il des problèmes de comportement (agressivité, hyperactivité, fugue, opposition, etc.) oui  non

Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

Prend-il des médicaments? oui  non  Nom du médicament : \_\_\_\_\_ posologie : \_\_\_\_\_

Médicament : \_\_\_\_\_ posologie : \_\_\_\_\_ Médicament : \_\_\_\_\_ posologie : \_\_\_\_\_

Les prend-il lui-même?  oui  non Précisez : \_\_\_\_\_

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_



**CHOIX DE SEMAINES:** Indiquer votre choix de semaines dans les cases appropriées - **OBLIGATOIRE**

Semaine 1	22 au 26 juin	<input type="checkbox"/>	Semaine 6	27 au 31 juillet	<input type="checkbox"/>
Semaine 2	29 juin au 3 juillet	<input type="checkbox"/>	Semaine 7	3 au 7 août	<input type="checkbox"/>
Semaine 3	6 au 10 juillet	<input type="checkbox"/>	Semaine 8	10 au 14 août	<input type="checkbox"/>
Semaine 4	13 au 17 juillet	<input type="checkbox"/>	Semaine 9 *	17 to 21 août	<input type="checkbox"/>
Semaine 5	20 au 24 juillet	<input type="checkbox"/>	Semaine 10 *	24 au 28 août	<input type="checkbox"/>

\* Les campeurs(euses) doivent avoir, au préalable, participé à 2 semaines du camp pour s'inscrire à ces semaines.

Service de garde : matin :  après-midi :  heure d'arrivée : \_\_\_\_\_ heure de départ : \_\_\_\_\_

**PAIEMENT - OBLIGATOIRE**

Nom du payeur : \_\_\_\_\_

Adresse (si différente de celle de l'enfant) \_\_\_\_\_  
numéro et rue municipalité code postal

Désirez-vous recevoir un reçu d'impôt (relevé 24) ? oui  non

No d'assurance sociale du parent payeur (obligatoire pour l'émission d'un relevé 24) \_\_\_\_\_

Montant total à payer : \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ \$ = \_\_\_\_\_ \$  
Nombre semaines prix/semaine total été

- Un **dépôt non remboursable** équivalent au coût d'une semaine de camp doit accompagner le formulaire d'inscription.
- Le **montant des frais** d'une semaine doit être payé avant le début de la semaine de camp.
- Dans le cas d'une **annulation reçue après le 22 juin**, le **coût total** des sessions auxquelles l'enfant est inscrit **est dû et exigible**.

Chèque  Virement interac ([academie@marielaurier.com](mailto:academie@marielaurier.com)) mot de passe : \_\_\_\_\_

**CONSENTEMENT DES PARENTS - OBLIGATOIRE**

J'accepte qu'une photo ou un vidéo où figure mon enfant puisse servir à des fins promotionnelles ou à une présentation du Camp d'été de l'Académie Marie-Laurier. \_\_\_\_\_

Signature du titulaire de l'autorité parentale date

J'ai pris connaissance des renseignements et règlements relatifs au Camp et au service de garde et

J'autorise mon enfant à participer aux activités du camp de l'Académie Marie-Laurier.

Je déclare que les renseignements fournis sont exacts.

J'autorise le personnel du Camp à amener mon enfant dans un centre hospitalier en cas d'urgence.

J'autorise le personnel à administrer de l'acétaminophène à mon enfant en cas de fièvre.

J'autorise le personnel du Camp à appliquer la crème solaire à mon enfant en cas de besoin.

\_\_\_\_\_  
Signature du titulaire de l'autorité parentale

\_\_\_\_\_  
Date