

FICHE D'INSCRIPTION
Camp de jour 2022
INSCRIPTION INDIVIDUELLE /
MUNICIPALITÉS



1721 ch. Lac Quenouille, Lac Supérieur (QC) J0T 1J0
Tél : 1-800-567-6788 | Tél : 819-326-4281
info@ptitbonheur.com
www.ptitbonheur.com

d'inscription _____

PHOTO
(OBLIGATOIRE)

LE CAMPEUR

Prénom : _____

Nom : _____

Date de naissance : ____/____/____
JJ MM AAAA

Taille : ____ m / ____ pi

Poids : ____ kg / ____ lbs

Âge lors du séjour : _____ Ass. Maladie : _____ Exp : _____

Sexe : M F

LES PARENTS OU TUTEURS - LE CAMPEUR RÉSIDE AVEC tuteur 1 tuteur 2 les deux

Prénom/Nom tuteur 1	_____	Prénom/Nom tuteur 2	_____
Lien avec le campeur	_____	Lien avec le campeur	_____
Adresse	_____	Adresse	_____
Ville + Code postal	_____	Ville + Code postal	_____
Téléphone : (Rés)	_____	Téléphone : (Rés)	_____
(Bur)	_____	(Bur)	_____
(Cell)	_____	(Cell)	_____
Courriel : _____		Courriel : _____	

RÉFÉRENCES EN CAS D'URGENCE – AUTRES QUE LES PARENTS OU TUTEURS (OBLIGATOIRE)

Prénom/Nom réf. 1	_____	Prénom/Nom réf. 2	_____
Lien avec le campeur	_____	Lien avec le campeur	_____
Téléphone : (Rés)	_____	Téléphone : (Rés)	_____
(Bur)	_____	(Bur)	_____
(Cell)	_____	(Cell)	_____

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

	OUI	NON
Votre enfant sait-il nager ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre enfant mouille-t-il son lit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre enfant est-il somnambule ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre enfant a-t-il des restrictions pour certaines activités ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, précisez : _____		
Votre enfant a-t-il des difficultés particulières affectant son comportement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, précisez : _____		

*** dans le but de nous aider à mieux connaître votre enfant, le formulaire de renseignements supplémentaires doit obligatoirement être rempli pour tout diagnostic reçu.**

INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

	OUI	NON
Votre enfant a-t-il reçu l'un des diagnostics suivants :		
TDAH *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TDA *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DI*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SGT *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TSA *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TOC *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anxiété généralisée *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dépression *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles de langage *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TC *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TGC *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles moteurs *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres (Précisez) * : _____		

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX			
Votre enfant a-t-il déjà eu l'une des maladies suivantes :		OUI	NON
Asthme		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otite à répétition		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eczéma		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varicelle		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre, précisez : _____			
Votre enfant a-t-il reçu les vaccins suivants :		OUI	NON
Tétanos		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rougeole		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A(H1N1)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Y a-t-il d'autres informations que vous voudriez nous communiquer sur son état de santé ?			

MÉDICAMENTS				
Votre enfant doit-il prendre des médicaments pendant son séjour ?			OUI	NON
Nom du médicament :	Fonction du médicament :	Posologie :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____		
_____	_____	_____		
J'autorise le personnel du P'tit Bonheur à administrer à mon enfant des médicaments en vente libre, selon la posologie appropriée :			OUI	NON
Tylenol (Acétaminophène)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Advil (Ibuprofène)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bénadryl (Diphenhydramine)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gravol (Dimenhhydrinate)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sirop contre la toux			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ALLERGIES / INTOLÉRANCES / RESTRICTIONS ALIMENTAIRES			
		OUI	NON
Est-ce que ce campeur a besoin d'un auto-injecteur d'épinéphrine (EpiPen) ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est-ce que ce campeur souffre d'une ALLERGIE aux piques d'insectes ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est-ce que ce campeur souffre d'une ALLERGIE à des médicaments ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, précisez : _____			
Est-ce que ce campeur a : <i>(Pour des raisons de sécurité, nous ne pouvons pas accueillir les enfants allergiques au soya et/ou sulfites)</i>			
Des allergies alimentaires – avec EpiPen ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, précisez : _____			
Des intolérances alimentaires – sans EpiPen ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, précisez : _____			
Des restrictions alimentaires – (maladie de Crohn, maladie coeliaque, restrictions d'ordre religieux ou végétarisme) ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, précisez : _____			
D'autres formes d'allergies (animaux, etc.) ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, précisez : _____			

AIDE FINANCIÈRE**J'AI SOUMIS UNE DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE** OUIDépôt de 30\$ et solde au 1^{er} juin (carte de crédit, chèque, comptant)**CAMP DE JOUR LES NOMADES**

	CAMP DE JOUR (140 \$ /sem)	SERVICE DE GARDE (Inclus)	BOÎTE À LUNCH (NON DISPONIBLE POUR L'INSTANT)	TOTAL
1	<input type="checkbox"/> 27 juin au 1er juillet 2022	+ <input type="checkbox"/>	+ <input type="checkbox"/>	= _____
2	<input type="checkbox"/> 4 au 8 juillet 2022	+ <input type="checkbox"/>	+ <input type="checkbox"/>	= _____
3	<input type="checkbox"/> 11 au 15 juillet 2022	+ <input type="checkbox"/>	+ <input type="checkbox"/>	= _____
4	<input type="checkbox"/> 18 au 22 juillet 2022	+ <input type="checkbox"/>	+ <input type="checkbox"/>	= _____
5	<input type="checkbox"/> 25 au 29 juillet 2022	+ <input type="checkbox"/>	+ <input type="checkbox"/>	= _____
6	<input type="checkbox"/> 1er au 5 août 2022	+ <input type="checkbox"/>	+ <input type="checkbox"/>	= _____
7	<input type="checkbox"/> 8 au 12 août 2022	+ <input type="checkbox"/>	+ <input type="checkbox"/>	= _____
8	<input type="checkbox"/> 15 au 19 août 2022	+ <input type="checkbox"/>	+ <input type="checkbox"/>	= _____
			TOTAL	= _____

Dépôt de 60 \$ à l'inscription**Horaire et détails disponibles
dans le guide camp de jour****COMMENT AVEZ-VOUS CONNU NOTRE CAMP?**

- Ancien campeur Camp St-Donat Ancien campeur
 Répertoire des camps ACQ Internet
 CLSC ou organisme Journaux
 Centre Sablon Parents ou amis
 Autre – Précisez : _____

PAIEMENT - NE PAS REMPLIR POUR LES CAMPS DE LAC-SUPÉRIEUR, STE-LUCIE-DES-LAURENTIDES ET VAL-DES-LACS

Paiement directement avec la municipalité

- 1 versement (totalité à l'inscription) 2 versements – 60 \$ à l'inscription et solde au 1^{er} juin

VISA MASTERCARD No. de la carte : _____ EXP : ____/____

Code sécurité : _____

Titulaire : _____ Signature : _____

Code de 3 chiffres
(à l'endos de la carte)

Dépôt de 60 \$ avec la fiche d'inscription et
solde au 1^{er} juin.

En personne au Centre Sablon ou au P'tit Bonheur.

L'inscription sera confirmée à la réception du dépôt. L'inscription sera annulée
si le paiement final n'est pas reçu le 1^{er} juin.

Reçu d'impôt au nom de : _____

ass. sociale (obligatoire)

AUTORISATION PARENTALE ET POLITIQUE

- J'accepte les politiques du P'tit Bonheur et j'autorise mon enfant à participer à toutes les activités du Camp de jour du P'tit Bonheur.
- Par la présente, je certifie que les renseignements fournis sur la fiche médicale de mon enfant sont exacts et j'autorise le personnel du camp à donner les médicaments et soins médicaux appropriés et à prendre les dispositions nécessaires recommandées par un professionnel de la santé.
- Dans l'impossibilité de nous joindre, j'autorise le médecin à prodiguer à mon enfant tous les soins médicaux requis par son état (interventions chirurgicales, transfusions, anesthésies, injections ou hospitalisation).
- Je m'engage par le fait même, à défrayer le coût des soins administrés à mon enfant, le cas échéant.
- J'accepte également, le retour hâtif de mon enfant à la maison sans aucun remboursement, pour des raisons de mauvais comportement, de possession et consommation de drogue, ou autres raisons jugées sérieuses par la direction. Un enfant peut également être retourné à la maison pour des raisons de contagion.
- En cas d'annulation avant le début du camp, la totalité sera remboursée à l'exception du dépôt.
- J'autorise les œuvres du Père Sablon à utiliser des photos ou films de mes enfants pris lors de leurs séjours à des fins publicitaires.

Si non, cochez ici :

Signature du parent / tuteur : _____ Date : _____