



CAMP DE VACANCES ET RÉPITS

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

PARTICIPANT					
Prénom			Nom		
Date de naissance			Genre	☐ Masculin ☐ Féminin ☐ Autre	
Habite avec	☐ Répondant principal ☐ Répondant secondaire ☐ Autre :				
FICHE SANTÉ SOMMAIRE DU PARTICIPANT					
No. ass maladie				Expiration	
Déf. auditive	☐ Gestuel ☐ Oraliste		Déf. du langage	☐ Dysphasie ☐ Autre(s) :	
Déf. intellectuelle	☐ Légère ☐ Moyenne ☐ Sévère			☐ TSA	
Ratio	☐ Groupe 1:4 ☐ Acc. 1:1 / 1:2		Autre déficience :		
Niveau de nage	☐ Nul ☐ Moyen ☐ Bon		T-Shirt enfant	☐ Petit ☐ Moyen ☐ Grand ☐ T.Grand	
Mot de passe départ			T-Shirt adulte	☐ Petit ☐ Moyen ☐ Grand ☐ XL ☐ 2XL	
PARENTS, TUTEURS LÉGAUX OU FAMILLE D'ACCUEIL					
Nom Répondant principal					
Adresse					
Ville			Province		C.P.
Tél. domicile		:	Cellulaire		
Lien avec participant			Courriel		
Nom Répondant secondaire					
Adresse					
Ville			Province		C.P.
Tél. domicile			Cellulaire		
Lien avec participant			Courriel		
Reçu d'impôt au nom de			N.A.S.	obligatoire RL-24	
AUTRES PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE (Obligatoire)					
Nom Contact 1 :		Tél :		Lien participant :	
Nom Contact 2 :		Tél :		Lien participant :	
Intervenante :		Tél/courriel :			
Comment avez-vous entendu parler du Centre ? ☐ Référence ☐ ACQ ☐ Site Web ☐ École ☐ CSSS ☐ Autre					



2464, boul. Perrot, Notre-Dame-de-L'Île-Perrot, Québec J7W 2Y9 - info@mon-camp.ca 514.453.7600

mon-camp.ca



CAMP DE VACANCES ET RÉPITS

FORMULAIRE D'INSCRIPTION - AUTORISATIONS

Fiche d'administration des médicaments - OBLIGATOIRE

Nouvelles mesures en place - Médicaments pendant les heures de camp/répît

Si votre enfant/adulte à charge prend des médicaments pendant les heures du camp de vacances et/ou répît, afin de répondre aux nouvelles exigences de la **Règle de soins nationale dans les organismes communautaires et centres de répît** veuillez lire ce qui suit:

Documents nécessaires (selon ce qui s'applique à votre enfant/adulte à charge)

- Contacter votre **pharmacie** afin d'obtenir la feuille d'administration des médicaments (FADM);
- Fournir la FADM au camp à votre arrivée ;
- Fournir une nouvelle FADM, lors de tout changement dans la médication;

Médications (selon ce qui s'applique à votre enfant/adulte à charge)

- Fournir la médication sous forme de Dispill/dosettes si possible;
- Fournir la médication nécessaire pour la durée du séjour;
- S'assurer que chaque médicament (Dispill/dosettes ou hors Dispill/dosettes) a une étiquette de la pharmacie permettant d'identifier le campeur, le médicament, la dose, la voie, le moment d'administration et la date d'expiration;
- S'assurer que sur les étiquettes de la pharmacie on mentionne des instructions claires pour l'utilisation du médicament.

Je confirme avoir lu ci-haut la " Fiche d'administration des médicaments - OBLIGATOIRE" pour mon enfant/adulte à charge et par ce consentement autorise le Centre Notre-Dame-de-Fatima à administrer les médicaments selon le FADM de ma pharmacie.

Nom de l'enfant / adulte à charge

Signature du (des) parent(s) ou tuteurs légaux

Date



2464, boul. Perrot, Notre-Dame-de-L'Île-Perrot, Québec J7W 2Y9 - info@mon-camp.ca 514.453.7600

mon-camp.ca



CAMP DE VACANCES ET RÉPITS

FORMULAIRE D'INSCRIPTION - AUTORISATIONS

J'autorise le responsable à prendre les décisions qui s'imposent pour la santé et la sécurité du campeur. Ainsi, j'autorise la direction du Centre à agir en mon nom en cas d'urgence afin de fournir au participant les soins médicaux et/ou chirurgicaux requis par son état de santé.

☐ Oui ☐ Non

J'autorise le Centre à utiliser les photographies et les entrevues du participant pour des fins de diffusion sur les brochures de l'organisme, à la télévision ou pour d'autres médias.

☐ Oui ☐ Non

CONSENTEMENT À LA DIVULGATION ET À L'ÉCHANGE D'INFORMATIONS ET DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

**** OBLIGATOIRE ****

Je soussigné(e), _____, consens à ce que le ou les intervenants du Centre Notre-Dame-de-Fatima souhaitant divulguer et/ou échanger l'information personnelle, divulguent, communiquent et échangent des données pertinentes contenues dans ce dossier du campeur dont j'ai la charge, et/ou dossier médical ou autre, constitué auprès de cette organisation avec le ou les autres intervenants de cette organisation ou autres (voir la Politique de confidentialité pour tous les détails - <https://www.mon-camp.ca/politique-de-confidentialite> ou sur demande).

En tout temps, je pourrai retirer mon consentement à la divulgation et à l'échange d'informations.

Par la présente, j'accepte aussi les modalités de paiement, de remboursement et d'inscription telles qu'elles apparaissent sur le formulaire d'inscription et le site internet.

Signature du participant ou
du parent ou tuteur légal

Date

JE SOUHAITE OBTENIR DE L'AIDE FINANCIÈRE POUR LE SÉJOUR ☐

S.v.p. joindre le formulaire complété et copie des « Avis de cotisation »

de tous les adultes vivant à la même adresse, incluant le campeur s'il y a lieu.

Nous communiquerons avec vous pour valider votre admissibilité.

À JOINDRE AU FORMULAIRE : Photo récente OBLIGATOIRE - Fiche santé complétée

Ces formulaires sont valides pour deux ans



2464, boul. Perrot, Notre-Dame-de-L'Île-Perrot, Québec J7W 2Y9 - info@mon-camp.ca 514.453.7600

mon-camp.ca