



# CAMP DE VACANCES ET RÉPITS

## FORMULAIRE D'INSCRIPTION

PARTICIPANT					
Prénom		Nom			
Date de naissance		Genre	<input type="checkbox"/> Masculin	<input type="checkbox"/> Féminin	<input type="checkbox"/> Autre
Habite avec	<input type="checkbox"/> Répondant principal <input type="checkbox"/> Répondant secondaire <input type="checkbox"/> Autre :				
FICHE SANTÉ SOMMAIRE DU PARTICIPANT					
No. ass maladie		Expiration			
Déf. auditive	<input type="checkbox"/> Gestuel <input type="checkbox"/> Oraliste	Déf. du langage	<input type="checkbox"/> Dysphasie <input type="checkbox"/> Autre(s) :		
Déf. intellectuelle	<input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Sévère		<input type="checkbox"/> TSA		
Ratio	<input type="checkbox"/> Groupe 1:4 <input type="checkbox"/> Acc. 1:1 / 1:2		Autre déficience :		
Niveau de nage	<input type="checkbox"/> Nul <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Bon		T-Shirt enfant	<input type="checkbox"/> Petit <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Grand <input type="checkbox"/> T.Grand	
Mot de passe départ		T-Shirt adulte	<input type="checkbox"/> Petit <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Grand <input type="checkbox"/> XL <input type="checkbox"/> 2XL		
PARENTS, TUTEURS LÉGAUX OU FAMILLE D'ACCUEIL					
<b>Nom Répondant principal</b>					
Adresse					
Ville		Province		C.P.	
Tél. domicile		Cellulaire		Tél. travail	
Lien avec participant		Courrie			
<b>Nom Répondant secondaire</b>					
Adresse					
Ville		Province		C.P.	
Tél. domicile		Cellulaire		Tél. travail	
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 ? <input type="checkbox"/> Référence <input type="checkbox"/> ACQ <input type="checkbox"/> Site Web <input type="checkbox"/> École <input type="checkbox"/> CSSS <input type="checkbox"/> Autre					





# CAMP DE VACANCES ET RÉPITS

## FORMULAIRE D'INSCRIPTION

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 Notre-Dame-de-Fatima à administrer toutes formes de médicaments sans prescription (médication en vente libre) – Acétaminophène (Tylenol) – Anti-émétique (Gravol) – Antibiotique en crème (Polysporin) – Autres (sirop contre la toux, ...).

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 d'information.

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 mon dossier personnel ou celui d'un tiers \_\_\_\_\_, 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 de votre « Avis de cotisation ».*

*Nous communiquerons avec vous pour valider votre admissibilité.*

**À JOINDRE AU FORMULAIRE :**  Photo  Fiche santé

*Ces formulaires sont valides pour deux ans*

