

ENFANT	
Nom :	Prénom :
Adresse :	Ville :
Province :	Code postal :
Tél. : ( )	Courriel :
Sexe : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	Taille : Poids :
Date de naissance :	Âge à l'arrivée au camp :
Degré scolaire actuel :	École fréquentée :
Langue maternelle :	Autres langues parlées :
Nombre de frères, et leur âge :	Nombre de sœurs, et leur âge :
Si l'enfant est un ancien campeur dans notre organisation, indiquez le camp et les années :	
Si l'enfant est un nouveau campeur, indiquez de quelle façon vous avez entendu parler de notre organisation : <input type="checkbox"/> Répertoire de l'A.C.Q. <input type="checkbox"/> Foire <input type="checkbox"/> Parents ou amis <input type="checkbox"/> Poste <input type="checkbox"/> Autres : _____	

PARENTS			
PÈRE		MÈRE	
Nom :		Nom :	
Adresse :		Adresse :	
Ville : Code postal :		Ville : Code postal :	
Courriel :		Courriel :	
☎ résidence :	☎ bureau :	☎ résidence :	☎ bureau :
☎ cell.:	Télécopieur :	☎ cell.:	Télécopieur :
Occupation :		Occupation :	
Employeur :		Employeur :	
<b>Le reçu pour fin d'impôt doit être émis à :</b> <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <b>No d'assurance sociale :</b>			

CAMP DE VACANCES	
<input type="checkbox"/> TROIS-SAUMONS <input type="checkbox"/> MINOGAMI <input type="checkbox"/> CAMP MUSICAL ACCORD PARFAIT <input type="checkbox"/> CAMP DES ARTISTES	
Indiquez les dates du séjour choisi :	Souhaiterait être dans le même groupe que (2 noms maximum) :
	1)
Indiquez le programme choisi :	2)
Coût du séjour (avant rabais et taxes) + 5\$ de cotisation à l'Association des camps du Québec	=
1 <sup>er</sup> versement en date d'aujourd'hui (50% du montant ci-haut mentionné)	=

**Le montant du versement subséquent prendra en compte les rabais et les taxes et vous sera précisé sur le relevé de compte que vous recevrez prochainement.**

<input type="checkbox"/> Relâche scolaire (Bourg-Royal seulement)	25\$/jour ou 110\$ par semaine	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V
---	--------------------------------	--

CAMP DE JOUR			
<input type="checkbox"/> BOURG-ROYAL (disponible du 28 juin au 27 août)		<input type="checkbox"/> TROIS-SAUMONS (disponible du 28 juin au 13 août)	
Cochez les semaines	Précisez le programme	Souhaiterait être dans le même groupe que (2 noms maximum) :	Coût par semaine (soustraire le rabais du 2 <sup>e</sup> ou 3 <sup>e</sup> enfant s'il y a lieu)
<input type="checkbox"/> 28 juin au 2 juillet			
<input type="checkbox"/> 5 au 9 juillet			
<input type="checkbox"/> 12 au 16 juillet			
<input type="checkbox"/> 19 au 23 juillet			
<input type="checkbox"/> 26 au 30 juillet			
<input type="checkbox"/> 2 au 6 août			
<input type="checkbox"/> 9 au 13 août			
<input type="checkbox"/> 16 au 20 août			
<input type="checkbox"/> 23 au 27 août			
Pour le camp Bourg-Royal, veuillez ajouter 2\$ à l'inscription de chaque programme pour la cotisation à l'Association des camps du Québec			= _____ x 2,00\$ =
<b>Coût total</b>			=
<b>Je consens à ce qu'un montant supplémentaire de 20\$ me soit facturé en guise de contribution à la campagne de financement Choisissez notre camp! Un reçu sera émis.</b>			Montant autre : _____
Initiales : _____ <input checked="" type="checkbox"/> 20\$			<input type="checkbox"/> 100\$ <input type="checkbox"/> 50\$ <input type="checkbox"/> 0\$

### TRAITS DE CARACTÈRE ET COMPORTEMENT DE L'ENFANT

Nous aimerions connaître les traits de caractère dominants de votre enfant, de même que les aspects particuliers de son comportement (avec ses compagnons, avec l'adulte, etc.), ceci dans le but d'intervenir de la meilleure façon possible avec lui.

Est-ce son premier séjour en camp de vacances?  Oui  Non

Si non, indiquez si la réaction fut positive ou négative et expliquez au besoin.

### À L'ACTIVITÉ BAIGNADE, VOTRE ENFANT DOIT-IL PORTER

des bouchons

un vêtement de flottaison individuel (V.F.I.)

un ballon

### RÉSIDENCE SECONDAIRE

Si vous possédez une résidence secondaire que vous habiterez lorsque votre enfant sera au camp, veuillez S.V.P. nous indiquer vos coordonnées :

Adresse :

Municipalité :

☎ résidence : (            )

### PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Indiquez le nom de deux personnes (autres que vous et votre conjoint), qui sont autorisées à venir chercher votre enfant (camp de jour), ou que nous pourrions contacter si nous sommes dans l'impossibilité de vous joindre :

Nom :

Nom :

Adresse :

Adresse :

Téléphone :

Téléphone :

Lien avec l'enfant :

parent  voisin  ami  autre :

Lien avec l'enfant :

parent  voisin  ami  autre :

## FICHE SANTÉ

Nom :	Prénom :
No d'assurance maladie :	Date d'expiration :
Dates du séjour (camp de vacances) :	Date d'arrivée au camp (camp de jour) :

COCHEZ ✓	MALADIES / HANDICAPS / PROBLÈMES PARTICULIERS	PRÉCISIONS NÉCESSAIRES
	Diabète	
	Épilepsie	
	Asthme	
	Handicap visuel	
	Handicap auditif	
	Handicap intellectuel	
	Handicap moteur	
	Autres problèmes (précisez)	
	Interventions chirurgicales (indiquez l'année)	
	Prothèse / Orthèse / Appareil dentaire ou autre	

ALLERGIE ALIMENTAIRE	INTOLÉRANCE ALIMENTAIRE	AUTRES ALLERGIES	TYPE DE RÉACTIONS

Si votre enfant a des allergies alimentaires, veuillez apporter au camp deux photos.

## MÉDICAMENTS

Votre enfant aura son doseur d'adrénaline avec lui au camp :  oui  non

Si votre enfant prend régulièrement des médicaments prescrits par un médecin, précisez lesquels :


## ACCOMPAGNATEUR

La situation de votre enfant nécessite-t-elle la présence d'un accompagnateur?  oui  non

(Des frais supplémentaires vous seront facturés si le camp fournit l'accompagnateur)

## RECOMMANDATIONS

Recommandations particulières quant à la santé de votre enfant :


## VACCINATIONS

Date de vaccination du D2T2 (diphtérie, tétanos) :

Date de vaccination du DCT (diphtérie, coqueluche, tétanos) :

■ Si la situation de votre enfant change d'ici l'arrivée au camp, veuillez nous en aviser. Merci.

## ENGAGEMENT ET AUTORISATION DES PARENTS

Veuillez apposer vos initiales à chacune des clauses et signer l'autorisation.

1. Je, soussigné(e), reconnais avoir pris connaissance des conditions d'admission et des règlements financiers du Camp, et m'engage à les respecter; les frais de séjour seront payés à temps. Je reconnais aussi avoir pris connaissance de la politique de remboursement du Camp. Initiales : \_\_\_\_\_
2. Je soussigné(e), reconnais que les Camps de vacances Odyssée, l'Association des camps du Québec ou ses mandataires pourront prendre des photographies ou enregistrer des films sur lesquels mon enfant pourrait figurer. Je les autorise à utiliser son image, sa ressemblance ou sa voix à des fins publicitaires, dans des médias tels que revues, brochures, journaux, télévision, etc. Il est expressément entendu que son nom ne pourra être utilisé. Tout le matériel demeurera la propriété des Camps de vacances Odyssée. Initiales : \_\_\_\_\_
3. J'autorise le personnel du camp à administrer à mon enfant en cas de besoin un ou plusieurs médicaments en vente libre. Initiales : \_\_\_\_\_
4. Je, soussigné(e), déclare être titulaire de l'autorité parentale de l'enfant ci-haut mentionné. Je demande à la direction du camp, ou à toute autre personne désignée par elle, si elle le juge nécessaire, de me joindre au numéro de téléphone indiqué advenant que l'enfant soit blessé ou malade et que cela nécessite l'intervention du médecin. Initiales : \_\_\_\_\_
5. J'autorise la direction du camp, si cela est jugé nécessaire, à confier l'enfant sans délai à un médecin, un CLSC ou un hôpital de son choix et à signer tous les documents requis par les autorités médicales pour que l'enfant soit l'objet des soins nécessaires à son état. Les frais de transport au CLSC, à l'hôpital ou à domicile, incluant un éventuel transport ambulancier, seront à ma charge. Initiales : \_\_\_\_\_
6. J'autorise aussi par la présente, le médecin, le CLSC ou l'hôpital à prodiguer à l'enfant les soins requis, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'exams, de prélèvements, de traitements ou de toute autre intervention. Initiales : \_\_\_\_\_
7. J'autorise la divulgation des renseignements contenus sur la Fiche d'inscription au responsable des soins de santé du camp, au médecin, au CLSC ou à l'hôpital s'occupant de l'enfant. Initiales : \_\_\_\_\_
8. Je m'engage à entrer en communication sans délai avec les autorités médicales à qui sera confié l'enfant, sur demande verbale de la direction du camp ou d'une personne désignée par elle. Initiales : \_\_\_\_\_

En foi de quoi, j'ai signé le :

\_\_\_\_\_

Date

\_\_\_\_\_

Signature du parent ou du titulaire de l'autorité parentale

\_\_\_\_\_

Signature du (de la) campeur(se) si 14 ans et plus



► Une aventure signée O d y s s é e