



Formulaire d'inscription et fiche médicale

(Svp, écrire en lettres moulées)

Camp choisi:

13-17 ans : 1er au 6 juillet (MCC) 285\$ 7-12 ans 1: 8 au 13 juillet 275\$ 7-12 ans 2 : 15 au 20 juillet 275\$

L'arrivée des campeurs se fait entre 15 h et 16 h la date du début du camp. Le Camp Péniel assurera le retour des enfants en autobus du Camp Péniel à un point de rencontre situé sur la Rive-Nord, dans les environs de Sainte-Thérèse à 17 h (endroit exact à déterminer).

Informations du campeur

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : M F
 Adresse : _____ Ville : _____ App : _____
 Code postal : _____ Âge : _____ Date de naissance : J _____ M _____ A _____
 Téléphone : _____ Langue(s) parlée(s) : _____
 No d'assurance maladie : _____ Exp : _____
 Église locale (s'il y a lieu) : _____
 J'aimerais être dans la même cabine que : _____

Informations du parent/tuteur 1

Nom _____
 Prénom _____
 Tél. maison _____
 Tél. cell. _____
 Tél. bureau _____
 Courriel _____

Informations du parent/tuteur 2

Nom _____
 Prénom _____
 Tél. maison _____
 Tél. cell. _____
 Tél. bureau _____
 Courriel _____

Frais et conditions générales

Votre enfant sera inscrit officiellement sur réception de ce formulaire dûment rempli et signé. Les frais d'inscription doivent être payés en totalité au plus tard à l'arrivée du campeur sur le site du camp. Nous acceptons chèques, mandats poste et argent comptant. Les frais inscrits sur ce formulaire incluent les taxes. Informez-vous sur notre programme d'aide financière, une réduction de 25% est possible selon votre revenu. Dans le cas où l'enfant ne se présente pas au camp, la totalité des frais déjà payé (s'il y a lieu) seront remboursés. Dans le cas d'un départ avant la fin du programme, le camp remboursera le montant proportionnel aux jours manqués par le campeur.

Relevé 24

Si vous désirez une déduction d'impôt pour frais de garde d'enfant, veuillez remplir l'encadré suivant (Directive du ministère du Revenu)

Reçu d'impôt au nom de (nom complet du payeur) : _____	
Adresse postale du payeur : _____	Ville : _____
App. : _____	Code postal : _____
No assurance sociale (obligatoire) : _____	
Adresse courriel : _____	

Médication à prendre au camp (s'il y a lieu)

Les médicaments doivent être dans leur contenant original avec le nom de l'enfant ainsi que les instructions claires identifiées.

Médicament : _____ Posologie : _____ Heure : _____
 Médicament : _____ Posologie : _____ Heure : _____
 Médicament : _____ Posologie : _____ Heure : _____

Votre enfant a-t-il besoin de médication pour **asthme**? Oui Non Si oui, précisez : _____
 Votre enfant a-t-il reçu le vaccin **tétanos**? Oui Non Si oui, précisez l'année : _____

Autres responsables en cas d'urgence

Responsable no1 _____ Responsable no2 _____
 Lien _____ Lien _____
 Tél. maison _____ Tél. maison _____
 Tél. cell. _____ Tél. cell. _____

Allergies et restrictions alimentaires (s'il y a lieu)

Votre enfant possède-t-il un système d'injection d'adrénaline pour ses allergies? (EpiPen ou autre) _____

Restrictions physiques, antécédents médicaux et autres renseignements médicaux (s'il y a lieu)

Consentement traitement et transport d'urgence

Nous, les parents ou tuteurs susnommés, autorisons le personnel du Camp Péniel à signer le consentement pour un traitement médical et à mandater tout médecin ou hôpital pour dispenser un examen médical, un traitement ou une intervention au participant susnommé. Je comprends que ces mesures peuvent être prises avant que je n'en sois avisé(e) et que tous les frais aux fins de traitements, y compris le transport par ambulance, seront facturés au nom et à l'adresse spécifiés sur la fiche d'inscription. Ce consentement et cette autorisation ne sont en vigueur qu'au moment de participer aux activités du Camp Péniel ou de se déplacer pour celles-ci. Nous nous engageons à ne pas tenir responsables le personnel, ses dirigeants et son conseil d'administration, de toute perte, dommage ou blessure subis par le participant de façon imprévue ou accidentelle à la suite de sa participation aux activités, ainsi qu'à la suite de tout traitement médical autorisé par les superviseurs.

J'autorise le personnel du Camp Péniel à :

- utiliser les photos/vidéos sur lesquelles mon enfant apparaît à des fins publicitaires pour le Camp Péniel.
- administrer des médicaments sans ordonnances. (Ex : Acétaminophène, Ibuprofène, Antihistaminique, Antibiotiques en crème, etc.)

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant

1) _____ 3) _____
 2) _____ 4) _____

À ma connaissance, toutes les informations contenues dans ce formulaire sont vraies et complètes.

Signature du parent/tuteur : _____ Date : J _____ / M _____ / A _____