

FICHE D'INSCRIPTION
Camp de jour 2023
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 ?	☐	☐
Votre enfant mouille-t-il son lit ?	☐	☐
Votre enfant est-il somnambule ?	☐	☐
Votre enfant a-t-il des restrictions pour certaines activités ?	☐	☐
Si oui, précisez : _____		
Votre enfant a-t-il des difficultés particulières affectant son comportement ?	☐	☐
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 :		
TDAAH *	☐	☐
TDA *	☐	☐
DI*	☐	☐
SGT *	☐	☐
TSA *	☐	☐
TOC *	☐	☐
Anxiété généralisée *	☐	☐
Dépression *	☐	☐
Troubles de langage *	☐	☐
TC *	☐	☐
TGC *	☐	☐
Troubles moteurs *	☐	☐
Autres (Précisez) * : _____		

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX			
Votre enfant a-t-il déjà eu l'une des maladies suivantes :		OUI	NON
Asthme		☐	☐
Otite à répétition		☐	☐
Diabète		☐	☐
Eczéma		☐	☐
Varicelle		☐	☐
Autre, précisez : _____			
Votre enfant a-t-il reçu les vaccins suivants :		OUI	NON
Tétanos		☐	☐
Rougeole		☐	☐
A(H1N1)		☐	☐
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 :	☐	☐
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)			☐	☐
Advil (Ibuprofène)			☐	☐
Bénadryl (Diphenhydramine)			☐	☐
Gravol (Dimenhhydrinate)			☐	☐
Sirop contre la toux			☐	☐

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

AIDE FINANCIÈRE

J'AI SOUMIS UNE DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE ☐ OUI

Dépôt de 30\$ et solde au 1^{er} juin (carte de crédit, chèque, comptant)

CAMP DE JOUR LES NOMADES

	CAMP DE JOUR (148 \$ /semaine)	SERVICE DE GARDE (Inclus)	Repas du midi (40\$/ semaine)	TOTAL
1	☐ 26 juin au 30 juin 2023	+ ☐	+ ☐	= _____
2	☐ 3 au 7 juillet 2023	+ ☐	+ ☐	= _____
3	☐ 10 au 14 juillet 2023	+ ☐	+ ☐	= _____
4	☐ 17 au 21 juillet 2023	+ ☐	+ ☐	= _____
5	☐ 24 au 28 juillet 2023	+ ☐	+ ☐	= _____
6	☐ 31 juillet au 4 août 2023	+ ☐	+ ☐	= _____
7	☐ 7 au 11 août 2023	+ ☐	+ ☐	= _____
8	☐ 14 au 18 août 2023	+ ☐	+ ☐	= _____
			TOTAL	= _____

**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

Païement 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)

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 : _____