

IMPORTANT DE JOINDRE UNE PHOTO RÉCENTE AVEC LE FORMULAIRE

LE CAMPEUR ou LA CAMPEUSE

Prénom légal : _____ Nom : _____
 Prénom usuel (si différent) : _____
 Date de naissance : ____ / ____ / ____ Taille : ____ m / ____ pi Poids : ____ kg / ____ lbs
 JJ MM AAAA
 Âge lors du séjour : _____ Ass. Maladie : _____ Exp : _____ Genre : M F X

LES PARENTS ou TUTEURS.TRICES

Prénom/Nom tuteur.trice 1 _____	Prénom/Nom tuteur.trice 2 _____
Lien avec l'enfant _____	Lien avec l'enfant _____
Adresse _____	Adresse _____
Ville + Code postal _____	Ville + Code postal _____
Téléphone : (Rés/Bur) _____	Téléphone : (Rés/Bur) _____
(Cell) _____	(Cell) _____
Courriel : _____	Courriel : _____
Langue de correspondance <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais	Langue de correspondance <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais

OBLIGATOIRE : RÉFÉRENCES EN CAS D'URGENCE - AUTRES QUE LES PARENTS OU TUTEURS.TRICES

Prénom/Nom réf. 1 _____	Prénom/Nom réf. 2 _____
** Pas un parent/tuteur	** Pas un parent/tuteur
Lien avec l'enfant _____	Lien avec l'enfant _____
Téléphone : (Rés/Bur) _____	Téléphone : (Rés/Bur) _____
(Cell) _____	(Cell) _____

Programmes 6 jours	ÂGE	24 au 28 juin	1 au 5 juillet	8 au 12 juillet	15 au 19 juillet	22 au 26 juillet	29 juillet au 2 août	5 au 9 août	12 au 16 août
Camp de jour (160\$ par semaine)	6 à 15	<input type="checkbox"/>							
Repas 5 jours (60\$ par semaine)	6 à 15	<input type="checkbox"/>							
Service de garde - Matin (Gratuit)	6 à 15	<input type="checkbox"/>							
Service de garde - Matin (Soir)	6 à 15	<input type="checkbox"/>							

JUMELAGE DEMANDÉ

Mon enfant veut être jumelé avec : _____
 Sa date de naissance : _____
Doivent avoir le même âge, le même genre et être dans le même programme

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

	OUI	NON
Votre enfant sait-il nager ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre enfant a-t-il des restrictions pour certaines activités ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, précisez : _____		

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Votre enfant a-t-il déjà eu l'une des maladies suivantes :	OUI	NON
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otite à répétition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eczéma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varicelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre, précisez : _____		
Votre enfant a-t-il reçu les vaccins suivants :	OUI	NON
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rougeole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Y-a-t-il d'autres informations que vous voudriez nous communiquer sur son état de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, précisez : _____		

MÉDICAMENTS

Votre enfant doit-il prendre des médicaments pendant son séjour ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Advil (Ibuprofène)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bénadryl (Diphenhydramine)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gravol (Dimenhydrinate)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sirop contre la toux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ALLERGIES / INTOLÉRANCES / RESTRICTIONS ALIMENTAIRES

Est-ce que ce campeur ou cette campeuse :	OUI	NON
A besoin d'un auto-injecteur d'épinéphrine (Epipen) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffre d'une ALLERGIE aux piqures d'insectes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffre d'une ALLERGIE à des médicaments ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, précisez : _____		
** POUR DES RAISONS DE SÉCURITÉ, NOUS N'ACCEPTONS AUCUN ENFANT SOUFFRANT D'ALLERGIE AU SOYA OU SULFITES **		
Est-ce que ce campeur ou cette campeuse a :	OUI	NON
Des allergies alimentaires – avec Epipen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, précisez : _____		
Des intolérances alimentaires – sans Epipen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, précisez : _____		
Des restrictions alimentaires – (maladie de Crohn, maladie coéliqua, restrictions d'ordre religieux ou végétarisme) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
** NOTEZ QUE NOUS NE SERVONS PAS DE RÉGIME VÉGÉTALIEN OU HALAL, seulement végétarien **		
Si oui, précisez : _____		
D'autres formes d'allergies (animaux, etc.) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, précisez : _____		

INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

Votre enfant a-t-il reçu l'un des diagnostics suivants :	OUI	NON
Trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trouble du déficit de l'attention sans hyperactivité (TDA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déficience intellectuelle légère (DI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Syndrome de Gilles de la Tourette (SGT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trouble du spectre de l'autisme (TSA), anciennement appelé TED	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trouble obsessionnel compulsif (TOC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anxiété généralisée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dépression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles de langage (Dysphasie, dyslexie, dyspraxie ou autre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trouble de comportement/trouble de la conduite (TC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trouble grave du comportement (TGC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles moteurs, physiques et/ou sensoriels (ex : auditif, visuel ou autre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres (Précisez) * :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Y a-t-il des particularités du ou des diagnostics identifier plus haut ? OUI NON

Si OUI, veuillez préciser.

Votre enfant est-il anxieux, craintif et/ou insécure face à certaines situations? OUI NON

Si OUI, veuillez préciser.

Votre enfant a-t-il des difficultés particulières avec la nouveauté? OUI NON

Si OUI, veuillez préciser.

Votre enfant a-t-il des difficultés ou réactions particulières à l'égard de l'autorité, des règlements et des routines?

OUI NON

Si OUI, veuillez préciser.

Votre enfant est-il susceptible de faire preuve d'agressivité ou de faire des crises lors de son séjour au camp?

OUI NON

Si OUI, veuillez préciser.

L'arrêt d'agir physique est-il nécessaire? OUI NON

Y a-t-il des interventions à favoriser pour aider votre enfant s'il vit des difficultés? OUI NON

Si OUI, veuillez préciser. Ex : Des conseils, des trucs à nous suggérer comme ceux utilisés à l'école

Votre enfant a-t-il déjà fréquenté un camp de vacances ou camp de jour? OUI NON

Si OUI, veuillez indiquer le nom du camp, ainsi que des détails sur son séjour.

Y a-t-il des détails à savoir sur le comportement de l'enfant à l'école ? OUI NON

Si OUI, veuillez indiquer le type de suivi avec l'intervenant.e, système de récompense, trucs et suggestions...

L'enfant fréquente-t-il une école ou une classe spécialisée? OUI NON

Si OUI, veuillez préciser :

Remarques importantes, besoins particuliers, informations pertinentes à connaître pour assurer un bon fonctionnement ? OUI NON

Si OUI, veuillez préciser :

SITUATION FAMILIALE (joindre une copie de l'avis de cotisation)

Nombre de personnes dans la famille : Adulte.s _____ Enfant.s _____ Revenu familial du foyer _____

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 d'été du P'tit Bonheur.
- Par la présente, je certifie que les renseignements fournis sur la fiche d'inscription de mon enfant sont exacts et j'autorise le personnel du camp à donner les médicaments sous ordonnances et soins médicaux appropriés et à prendre les dispositions nécessaires recommandées par un.e professionnel.le de la santé.
- Dans l'impossibilité de nous joindre, j'autorise un.e 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 remboursement pour raisons de mauvais comportement, de possession et consommation de drogue ou autres raisons jugées sérieuses par la direction. Un.e enfant peut également être retourné.e à la maison pour des raisons de contagion.
- En cas d'annulation avant le début du séjour, la totalité sera remboursée à l'exception du dépôt.
- **J'autorise sablon à utiliser des photos ou films de mon enfant pris lors de son séjour à des fins publicitaires ?** OUI NON

PERSONNE AYANT COMPLÉTÉ LE FORMULAIRE :

Nom de l'organisme : _____

Nom de l'intervenant.e ou du parent : _____

Coordonnées d'une personne ressource provenant de l'organisme (**obligatoire**) **ET QUI SERA DISPONIBLE DURANT LE**

SÉJOUR DE L'ENFANT: _____

Signature du parent : _____ Date : _____

OU

Signature de l'intervenant.e : _____ Date : _____

(au nom du.des parent.s)

IMPORTANT DE JOINDRE UNE PHOTO RÉCENTE AVEC LE FORMULAIRE