



**RENSEIGNEMENTS PERSONNELS**

	OUI	NON
Votre enfant sait-il nager ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre enfant mouille-t-il son lit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre enfant est-il somnambule ?	<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 : _____		
Votre enfant a-t-il des difficultés particulières affectant son comportement?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, précisez : _____		

**INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES**

Votre enfant a-t-il reçu l'un des diagnostics suivants :	OUI	NON
TDAH *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TDA *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DI*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SGT *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TSA *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TC *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TGC *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles moteurs *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres (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**.

**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"/>
A(H1N1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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
Si oui, précisez (nom, posologie et fonction des médicaments): _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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**

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

**PAIEMENT - NE PAS REMPLIR POUR LES CAMPS DE LAC-SUPÉRIEUR, STE-LUCIE-DES-LAURENTIDES ET VAL DES LACS :**

Paiement directement avec la municipalité

**CARTE DE  
CRÉDIT** **1 versement** (totalité à l'inscription)     **2 versements** – 50% à l'inscription et solde au 1<sup>er</sup> juin **VISA**     **MASTER CARD**    **No. de la carte :** \_\_\_\_\_    **EXP :** \_\_\_\_/\_\_\_\_    **Code sécurité :** \_\_\_\_\_Code de 3 chiffres  
(à l'endos de la carte)**Titulaire :** \_\_\_\_\_    **Signature :** \_\_\_\_\_**CHÈQUE /  
MANDAT**Dépôt de 50% avec la fiche d'inscription et solde au  
1<sup>er</sup> juin.\*\*L'inscription sera confirmée à la réception du dépôt. L'inscription  
sera annulée si le paiement final n'est pas reçu le 1<sup>er</sup> juin.**COMPTANT /  
DÉBIT**

En personne au Centre Père Sablon ou au P'tit Bonheur.\*

**AUTORISATION PARENTALE ET POLITIQUES**

- 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 :** \_\_\_\_\_