

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 <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>

LES PARENTS OU TUTEURS ***LE CAMPEUR RÉSIDE AVEC <input type="checkbox"/> tuteur 1 <input type="checkbox"/> tuteur 2			
Nom du tuteur 1		Nom du tuteur 2	
Lien de parenté		Lien de parenté	
Adresse		Adresse	
Ville + Code postal		Ville + Code postal	
Téléphone :	(Rés)	Téléphone :	(Rés)
	(Bur)		(Bur)
	(Cell) :		(Cell) :
Courriel :		Courriel :	
Reçu d'impôt au nom de :	# ass. sociale (obligatoire) _____		

RÉFÉRENCES EN CAS D'URGENCE – AUTRES QUE LES PARENTS OU TUTEURS (OBLIGATOIRE)			
Prénom et nom	Lien de parenté	Téléphone (Rés)	Téléphone (Cell)
1.			
2.			

CHOIX DE PROGRAMME	Âge	Jrs	Tarif	Séjours
<input type="checkbox"/> Explorateurs (Farandoles, Troubadours, Saltimbanques, Colocs)	6 à 13	6 jrs	600\$	1A à 4B
		12 jrs	1050\$	1 à 4
	14 à 16	6 jrs	600\$	1A-1B-3A-3B
		12 jrs	1050\$	2-4
<input type="checkbox"/> Super héros	6 à 9	6 jrs	685\$	1A-2A-3A-4A
<input type="checkbox"/> BMX	10 à 13	6 jrs	685\$	1A-2B-3B-4B
<input type="checkbox"/> Triathlon	10 à 13	6 jrs	800\$	1B-3A
<input type="checkbox"/> Pré-ski en nature	10 à 15	6 jrs	800\$	4B
<input type="checkbox"/> RAID Aventure	13 à 16	6 jrs	685\$	1B-3B-4B
<input type="checkbox"/> Princesses, Chevaliers	6 à 9	6 jrs	640\$	1B-2B-3B-4B
<input type="checkbox"/> Coureurs des bois J.	10 à 11	6 jrs	640\$	1A à 4B
<input type="checkbox"/> Coureurs des bois S.	12 à 13	6 jrs	640\$	1A à 4B
<input type="checkbox"/> TREK	13 à 16	6 jrs	685\$	1A-2A-2B 3A-3B
<input type="checkbox"/> Canot Camping	13 à 16	6 jrs	685\$	1A à 4B
<input type="checkbox"/> Canot et randonnée	13 à 16	12 jrs	1150\$	1 à 4
<input type="checkbox"/> Apprentis Chefs	9 à 13	6 jrs	800\$	1B-3A-4A
<input type="checkbox"/> Allo Prof en plein air	11 à 13	6 jrs	800\$	4A
<input type="checkbox"/> Robotec#	12 à 15	12 jrs	1150\$	2
<input type="checkbox"/> R.D.A. (réseau des arts)	13 à 16	6 jrs	685\$	1A-2A-3B-4A
<input type="checkbox"/> Exception-Elle	13 à 17	6 jrs	685	2A-3A
<input type="checkbox"/> Azimut	10 à 16	6 jrs	800\$	4B
<input type="checkbox"/> Zoom	10 à 12	6 jrs	800\$	3A
<input type="checkbox"/> S.N.A.P	8 à 11	6 jrs	800\$	1A
<input type="checkbox"/> S.N.A.P	12 à 16	12 jrs	1300\$	2
<input type="checkbox"/> Aspirants moniteurs	15 à 17	24 jrs	1700\$	1+2 / 3+4

CHOIX DE TRANSPORT	Aller	retour
Autobus (Montréal)	<input type="checkbox"/> 20 \$	<input type="checkbox"/> 20 \$
Autobus (Gatineau)	<input type="checkbox"/> 20 \$	<input type="checkbox"/> 20 \$
Transport par les parents	<input type="checkbox"/> 0 \$	<input type="checkbox"/> 0 \$

Comment avez-vous connu notre camp ?	
<input type="checkbox"/> Parents ou amis	<input type="checkbox"/> Internet
<input type="checkbox"/> Répertoire des camps ACQ	<input type="checkbox"/> Salon des camps
<input type="checkbox"/> CLSC ou organisme	<input type="checkbox"/> (Rosemère)
<input type="checkbox"/> Centre Père Sablon	<input type="checkbox"/> (Outaouais)
<input type="checkbox"/> Ancien campeur	<input type="checkbox"/> Journaux
<input type="checkbox"/> Autre : _____	

CHOIX DE DATES			
6 JOURS	<input type="checkbox"/>	1A	25 juin au 1 juillet 2017
	<input type="checkbox"/>	1 B	1 au 7 juillet 2017
	<input type="checkbox"/>	2 A	9 au 15 juillet 2017
	<input type="checkbox"/>	2 B	15 au 21 juillet 2017
	<input type="checkbox"/>	3 A	23 au 29 juillet 2017
	<input type="checkbox"/>	3 B	29 juillet au 4 août 2017
	<input type="checkbox"/>	4 A	6 au 12 août 2017
	<input type="checkbox"/>	4 B	12 au 18 août 2017
12 JOURS	<input type="checkbox"/>	1	25 juin au 7 juillet 2017
	<input type="checkbox"/>	2	9 au 21 juillet 2017
	<input type="checkbox"/>	3	23 juillet au 4 août 2017
	<input type="checkbox"/>	4	6 au 18 août 2017
24 JOURS	<input type="checkbox"/>	1	25 juin au 21 juillet 2017
	<input type="checkbox"/>	2	23 juillet au 18 août 2017

RABAIS		
Inscription avant 1 ^{er} mars 2017	30.00\$ (6 j)	<input type="checkbox"/>
	50.00\$ (12 j ou 24 j)	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
Plus d'un séjour par enfant	25.00\$	<input type="checkbox"/>
Plus d'un enfant inscrit (demeurant à la même adresse)	(2 ^{ème}) 50.00\$	<input type="checkbox"/>
	(3 ^{ème}) 75.00\$	<input type="checkbox"/>
	(4 ^{ème}) 100.00\$	<input type="checkbox"/>

J'AI SOUMIS UNE DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE	<input type="checkbox"/>
Mon enfant est référé par un campeur inscrit:	
Nom et âge : _____	
<i>En référant un ami, les deux campeurs bénéficieront d'un rabais de 15%. Le campeur référé ne doit jamais avoir séjourné au camp.</i>	
Mon enfant veut être jumelé avec :	
Nom : _____	
Date de naissance : _____	
<i>Doivent avoir le même âge, le même sexe et être dans le même programme.</i>	

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 présente-t-il des comportements émotionnels particuliers ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
Précisez : _____ _____		
Votre enfant a-t-il reçu un diagnostic pour :		
<input type="checkbox"/> TDAH * <input type="checkbox"/> TDA * <input type="checkbox"/> DI* <input type="checkbox"/> SGT * <input type="checkbox"/> TSA * <input type="checkbox"/> TOC * <input type="checkbox"/> Anxiété généralisée * <input type="checkbox"/> Dépression * <input type="checkbox"/> Troubles de langage * <input type="checkbox"/> TC * <input type="checkbox"/> TGC * <input type="checkbox"/> Troubles moteurs * <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 ainsi que pour les inscriptions au programme S.N.A.P.		
* un formulaire spécifique doit être rempli pour les programmes Azimut et Zoom		

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX		
Votre enfant a-t-il déjà eu parmi les maladies suivantes:		
<input type="checkbox"/> Asthme <input type="checkbox"/> Otite à répétition <input type="checkbox"/> Diabète		
<input type="checkbox"/> Eczéma <input type="checkbox"/> Varicelle		
<input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____		
Informations importantes concernant les maladies cochées : _____ _____ _____		
VACCINS		
Votre enfant a-t-il reçu les vaccins suivants:		
<input type="checkbox"/> Tétanos (date : _____)		
<input type="checkbox"/> Rougeole (date : _____)		
<input type="checkbox"/> A(H1N1) (date : _____)		
ALLERGIES	OUI	NON
Piqûres d'insectes *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médicaments*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergies alimentaires*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intolérances alimentaires*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre enfant a-t-il une dose d'adrénaline (Epipen) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Précisez l'allergie et les détails de celle-ci (sévérité et symptômes) _____ _____		

MÉDICAMENTS

J'autorise le personnel du P'tit Bonheur à administrer à mon enfant des médicaments en vente libre, selon la posologie appropriée: <input type="checkbox"/> Acétaminophène (tylenol) <input type="checkbox"/> Ibuprofène (advil) <input type="checkbox"/> Diphenhydramine (bénadryl) <input type="checkbox"/> Dimenhydrinate (gravol) <input type="checkbox"/> Sirop contre la toux	Votre enfant doit-il prendre des médicaments pendant son séjour ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON														
	Collaboration de l'enfant pour la prise de médication <table border="1"> <thead> <tr> <th>Nom du médicament :</th> <th>Posologie :</th> <th>Fonction du médicament :</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Nom du médicament :	Posologie :	Fonction du médicament :											
Nom du médicament :	Posologie :	Fonction du médicament :													

PAIEMENT

CARTE DE CRÉDIT	<input type="checkbox"/> 1 versement (totalité à l'inscription) <input type="checkbox"/> 2 versements - 150\$ à l'inscription et solde au 1 ^{er} juin 2017 <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> MASTER CARD No. de la carte : _____ EXP : ____/____ Code sécurité : _____ Titulaire : _____ Signature : _____ Code de 3 chiffres (à l'endos de la carte)
	CHÈQUE / MANDAT Dépôt de 150\$ avec la fiche d'inscription et solde au 1 ^{er} juin 2017.* *L'inscription sera confirmée à la réception du dépôt. Inscription annulée si paiement final non-reçu au 1 ^{er} juin 2017
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 d'été 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 séjour, 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 : _____