

Camp 7-13 Ans



Fiche d'inscription 2015

**Photocopier au besoin*

Renseignements sur l'enfant

Nom : _____ Prénom : _____

Âge : _____ Fille Garçon

Renseignements médicaux

Numéro d'assurance-maladie _____

Allergies (alimentaires ou autre) Si oui, lesquelles? _____

Médicament à prendre quotidiennement (pompe, ritalin etc.) Si oui :

Nom du médicament _____

Posologie _____

Médecin _____

Maladies connues (asthme, migraine, constipation etc.) Si oui, lesquelles?

Restrictions pour certaines activités (sports, baignades etc.) Si oui, lesquelles? _____

En cas d'urgence

Numéro de téléphone #1 _____ Numéro de téléphone #2 _____

Il est important de savoir que le Centre Chrétien d'Amos est dégagé de toute responsabilité relative aux conséquences qui pourraient découler d'une intervention médicale, nécessaire à cause d'une fracture, d'un accident, d'une allergie, etc.

Je soussigné(e), autorise les autorités responsables du camp à prendre les mesures nécessaires pour faire soigner mon enfant (transport à l'urgence d'un centre hospitalier, appel à un médecin, etc.) en cas d'urgence grave (maladie soudaine, accident, etc.). De plus, si mon enfant devait prendre des médicaments fournis par les parents et administrés selon les indications données, durant les heures de présence au camp, personne ne serait tenu responsable s'il survenait une complication. J'autorise également le transport de mon enfant par les membres de l'équipe lors de sorties spéciales.

Signature d'un parent ou tuteur _____ Date _____

***Veuillez inclure le paiement de/des inscription(s)**

Dans la même famille:

1 er enfant: 100\$ 2 ième enfant: 90\$ 3 ième enfant ou plus: 80\$

___ x 100\$ ___ x 90\$ ___ x 80\$ Total : ___\$

Pour toutes questions, contacter Esther Rouillard : 819-784-2023