



Fiche d'inscription 2010

*Photocopier au besoin

Renseignement 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.

Signature d'un parent ou tuteur _____ Date _____

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

Coûts d'inscription pour la semaine :

Premier enfant : 170\$

Le deuxième enfant de la même famille : 150\$

Le troisième enfant ou plus de la famille : 120\$