

## CAMP DES FUTURS 2023 FICHE D'INSCRIPTION

### RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉLÈVE:

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_  
ADRESSE : \_\_\_\_\_  
VILLE : \_\_\_\_\_ CODE POSTAL : \_\_\_\_\_  
TÉLÉPHONE : \_\_\_\_\_ ÂGE À LA DATE DU CAMP : \_\_\_\_\_  
DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_ SEXE : \_\_\_\_\_  
NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE : \_\_\_\_\_ EXP : \_\_\_\_\_

### RENSEIGNEMENTS SUR LES PARENTS :

NOM DU PÈRE : \_\_\_\_\_ NOM DE LA MÈRE : \_\_\_\_\_  
TÉL. (RÉS.) : \_\_\_\_\_ TÉL. (RÉS.) : \_\_\_\_\_  
TÉL. (TRAV.) : \_\_\_\_\_ TÉL. (TRAV.) : \_\_\_\_\_  
COURRIEL : \_\_\_\_\_  
RÉPONDANT :            PÈRE            MÈRE            AUTRES  
(AUTRES) PRÉCISEZ : \_\_\_\_\_

▪ Votre enfant a-t-il été vacciné contre le tétanos?     OUI                             NON

Si **OUI**, en quelle année?

▪ Votre enfant a-t-il été vacciné contre la rougeole?     OUI                             NON

Si **OUI**, en quelle année?

Autres particularités à nous signaler sur le plan médical (chirurgie, blessures graves, etc.) :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### INFECTIONS, MALADIES OU AUTRES CONDITIONS:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ASTHME        | <input type="checkbox"/> MIGRAINES         |
| <input type="checkbox"/> BRONCHITE     | <input type="checkbox"/> NAUSÉES           |
| <input type="checkbox"/> ÉNURÉSIE      | <input type="checkbox"/> OTITES            |
| <input type="checkbox"/> DIABÈTE       | <input type="checkbox"/> SAIGNEMENT DE NEZ |
| <input type="checkbox"/> SOMNAMBULISME | <input type="checkbox"/> ALIMENTATION      |
| <input type="checkbox"/> HYPERACTIVITÉ | <input type="checkbox"/> AUTRES *          |

\* AUTRES : \_\_\_\_\_

## ALLERGIES

- |                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> PÉNICILLINE | <input type="checkbox"/> ARACHIDES         |
| <input type="checkbox"/> ASPIRINE    | <input type="checkbox"/> HERBE À PUCE      |
| <input type="checkbox"/> AUTRES *    | <input type="checkbox"/> PIQÛRE D'INSECTES |

\*AUTRES : \_\_\_\_\_

Médicaments : \_\_\_\_\_

Aliments : \_\_\_\_\_

Autres : \_\_\_\_\_

Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (EpiPen, Ana-Kit)?  OUI  NON

## MÉDICATION

Médication :  OUI  NON

Si oui, pour quel(s) malaise(s) : \_\_\_\_\_

Nom du médicament : \_\_\_\_\_

Nom du médecin : \_\_\_\_\_

Posologie : \_\_\_\_\_

Commentaires : \_\_\_\_\_

- Je **CERTIFIE** que les renseignements fournis sur cette fiche médicale sont exacts
- J'**AUTORISE** la direction à donner à mon enfant les soins médicaux ordinaires, les médicaments et les traitements mineurs et, en cas d'urgence, à prendre les dispositions nécessaires recommandées par un médecin. Je m'**ENGAGE** à défrayer le coût des soins administrés à mon enfant et du transport par ambulance, le cas échéant.
- Je m'**ENGAGE** à transmettre au Camp toute nouvelle information médicale apparue entre la date où cette fiche a été remplie et la date d'arrivée au Camp
- J'**ACCEPTÉ** que le personnel du Camp De-La-Salle administre un test rapide à mon enfant dans le cas où celui-ci devait développer des symptômes s'apparentant à la Covid-19. Dans le cas d'un résultat positif, je m'**ENGAGE** à venir le chercher le plus rapidement possible.
- J'**ACCEPTÉ** que le Camp De-La-Salle, l'Association des camps du Québec ou ses mandataires utilisent des photos ou films de mes enfants pris lors de leurs séjours au camp à des fins publicitaires et ce sans compensation d'aucune sorte.

\*SIGNATURE DU PARENT RESPONSABLE : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

\* SIGNATURE OBLIGATOIRE

## RÉFÉRENCE EN CAS D'URGENCE

### PREMIER RÉPONDANT

NOM & PRÉNOM : \_\_\_\_\_

LIEN DE PARENTÉ : \_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE DOMICILE : \_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE CELLULAIRE : \_\_\_\_\_

### DEUXIÈME RÉPONDANT

NOM & PRÉNOM : \_\_\_\_\_

LIEN DE PARENTÉ : \_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE DOMICILE : \_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE CELLULAIRE : \_\_\_\_\_