

FICHE D'INSCRIPTION – CAMP SOLEIL 2010

Membre de l'ACFA

1 semaine 4 semaines

Un enfant 125\$ 440\$
 Plus d'un enfant 115\$ 400\$

Non-membre de l'ACFA

1 semaine 4 semaines

Un enfant 140\$ 500\$
 Plus d'un enfant 130\$ 440\$

Le camp offre un service de garde de 8h à 9h et de 16h à 17h, du lundi au vendredi inclusivement.

Ce service est au coût de 25\$ par semaine ou de 5\$ par jour.

*Frais de retard

Il y aura des frais de retard de 5\$ par période de 15 minutes pour les retards après 16h ou après 17h pour ceux inscrits au service de garde.

*Annulation

Il sera possible d'obtenir le remboursement des frais d'inscription en avisant l'ACFA régionale d'Edmonton au moins une semaine avant la date à laquelle l'enfant devait débiter le camp ou sans préavis en cas de maladie ou d'urgence familiale. Un montant de 30\$ sera cependant retenu.

* Paiement

Un minimum de 80% du paiement total devra avoir été versé lors de l'inscription.

.....

Nom de l'enfant : _____ Sexe : Garçon Fille

Niveau de français parlé : Débutant Intermédiaire Avancé

Date de naissance : _____ Âge de l'enfant : _____

École fréquentée : _____

Nom de la mère : _____ Langue de la mère : _____

Nom du père : _____ Langue du père : _____

Langue parlée à la maison : _____ Numéro de téléphone : _____

		Service	
		Camp	de garde
5 – 9 juillet :	Thème :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 – 16 juillet :	Thème :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 – 23 juillet :	Thème :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26 – 30 juillet :	Thème :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 – 6 août* :	Thème :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 – 13 août :	Thème :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Fermé le lundi 3 août (Jour du Patrimoine).
- Déduire 1/5 du montant par semaine dû au congé férié
- Les thèmes des semaines peuvent changer sans préavis.

Nombre de semaines – camp : _____

Total à payer – camp : _____

Nombre de semaines – service de garde : _____

Total à payer – service de garde : _____

Bureau administratif du Camp Soleil
Société des camps francophones d'Edmonton
48020, 8627 – 91^e rue
Edmonton, Alberta
T6C 3N1

CONVENTION DE NON-RESPONSABILITÉ À L'ÉGARD DE

Je, soussigné, _____, domicilié à
_____, déclare que:

Je suis le père la mère le tuteur de : _____ .

Je désire faire participer mon enfant au camp d'été qui aura lieu au CAMP SOLEIL, situé à Edmonton, soit comme participant à une activité sportive, physique, culturelle ou autre.

Je reconnais et accepte tant pour moi que pour l'enfant sous ma charge tous les risques inhérents aux activités du camp.

Je déclare aussi connaître et accepter tant pour moi que pour l'enfant sous ma charge tous les risques inhérents à la participation à toute activité effectuée sur la terre ferme.

Je dégage le CAMP SOLEIL ainsi que tous les REPRÉSENTANTS, PROMOTEURS, DIRECTEURS et ANIMATEURS de toutes responsabilités pour les dommages matériels ou corporels que pourrait subir mon enfant et pouvant provenir directement de tout exercice, pratique, démonstration, utilisation de matériels et/ou de toutes autres activités reliées directement ou indirectement au CAMP SOLEIL et en conséquence, renonce d'avance, tant pour moi-même que pour mon enfant à tout recours contre CAMP SOLEIL et/ou leurs REPRÉSENTANTS.

De plus, je permets au CAMP SOLEIL d'utiliser des photographies et vidéos prises au Camp Lusson, sur lesquelles on voit mon enfant.

En foi de quoi, j'ai signé, en date du _____ 2010 _____
(Signature d'un parent ou tuteur)
à _____

Numéro de téléphone : _____

IMPORTANT: Cette formule doit être signée et remise lors de l'inscription afin d'accepter le ou les participants aux activités du camp.

Bureau administratif du Camp Soleil
Société des camps francophones d'Edmonton
48020, 8627 – 91^e rue
Edmonton, Alberta
T6C 3N1

Fiche médicale

La **Société des camps francophones d'Edmonton** (SCFE) se réserve le droit de refuser un campeur si sa fiche médicale n'est pas dûment remplie ou non-retournée 21 jours avant le début du séjour de l'enfant. La SCFE se réserve également le droit de refuser un enfant si nous considérons que nous ne pouvons assurer son entière sécurité à la suite de l'analyse de ce document.

Tous les employé(e)s du CAMP SOLEIL sont conscient(e)s de l'importance de la sécurité et du bien-être de votre enfant. À cet effet, chaque animateur(trice) a complété un cours en premiers soins. De plus, une trousse de premiers soins sera omniprésente là où les activités auront lieu.

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR L'ENFANT

Sexe : Fille Garçon

Numéro d'assurance santé: _____

Date de naissance: _____

Adresse complète: _____

Téléphone: _____

Courriel: _____

PERSONNES À REJOINDRE EN CAS D'URGENCE

Première personne-ressource

Nom: _____ Prénom: _____

Lien de parenté: _____ Tél. maison: _____

Tél. bureau ou cellulaire: _____

Deuxième personne-ressource

Nom: _____ Prénom: _____

Lien de parenté: _____ Tél. maison: _____

Tél. bureau ou cellulaire: _____

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Votre enfant a-t-il déjà eu?

Est-il atteint?

	OUI	NON	DATE		OUI	NON	DATE
Otites	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Asthme*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Oreillons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hernies*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Varicelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Épilepsie*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rougeole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Diabète*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Scarlatine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Déficit d'attention et/ou Hyperactivité*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autres (précisez) _____ _____				Autres (précisez) _____ _____			

S.V.P Précisez la sévérité de l'atteinte, fréquence des symptômes, traitement ou toutes informations pertinentes

ACCIDENTS ET INTERVENTIONS CHIRURGICALES

Votre enfant a-t-il eu un accident ou subis une intervention chirurgicale

OUI NON

Si oui, date (AAAA/MM) _____

Description _____

VACCINATIONS

La vaccination de votre enfant est-elle à jour?

OUI

NON

Date du dernier vaccin contre le tétanos

(DCT, DcaT, Pentacel, Quadracel ou Adacel) _____

ALLERGIES

Est-ce que votre enfant souffre d'allergies:

Animaux	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Plantes (herbes à puces)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Piqûres d'insectes	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Pollen (Fièvre des foins)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Pénicilline	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Médicaments*	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Intolérances alimentaires*	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

*Précisez lesquels:

SVP précisez la sévérité, symptômes habituels, dernière réaction ou informations pertinentes

A-t-il une dose d'adrénaline (Épipen ou autres) à sa disposition OUI NON

par la présente, j'autorise les personnes désignées par la SCFE à administrer au besoin de réaction anaphylactique (réactions allergiques sévères), de l'adrénaline à mon enfant

AUTRES CONDITIONS

Énurésie (mouiller son lit): OUI NON

Précisez : _____

Somnambulisme : OUI NON

Précisez : _____

Autre(s) : _____

Précisez : _____

Est-ce que votre enfant a une peur excessive de l'eau? OUI NON

Précisez : _____

Veillez, SVP, indiquer le niveau de nage de votre enfant:

Excellent Bon Faible

Précisions : _____

MÉDICAMENTS (SOUS ORDONNANCE)

Est-ce que votre enfant doit prendre des médicaments lors de son séjour? OUI NON

Si oui, précisez (le nom, la quantité, l'heure, etc.) _____

Si oui (nom des médicaments et posologie):

Important: Dès son arrivée au camp, veuillez remettre aux responsables de l'infirmierie du SCFE le médicament dans son emballage original avec la copie émise par la pharmacie de l'ordonnance médicale.

Est-ce que l'enfant peut les prendre par lui(elle)-même? OUI NON

MÉDICAMENTS (EN VENTE LIBRE)

Par la présente, j'autorise les personnes désignées par la SCFE à administrer au besoin et selon la posologie appropriée, les médicaments suivants à mon enfant

Tylénol (acétaminophène)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Advil (ibuprofène)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Claritin (loratadine)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Antibiotique en crème	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Bénadryl (diphenhydramine)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Sirop contre la toux	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

ÉTAT DE SANTÉ

Comment jugez-vous l'état de santé de votre enfant?

Excellent Bon Faible

AUTORISATION

J'autorise les responsables du SCFE et ses représentants à prodiguer tous les soins nécessaires. Si la direction le juge également nécessaire, j'autorise également le transport par ambulance ou autre dans un établissement de santé. De plus, j'autorise le médecin à prodiguer à mon enfant tous les soins médicaux requis par son état (intervention chirurgicale, injection, anesthésie, hospitalisation ou autres). Je m'engage à payer les frais reliés à la santé et à la sécurité de mon enfant (ex: médicaments, ambulance, matériel médical ou autre)

Je déclare que les renseignements donnés sont véridiques et je crois que mon enfant est apte à participer aux activités d'un camp de vacances

Nom du répondant (lettres moulées)

Signature _____

Date _____