



CAMP SABLE CHAUD

530 ST-PHILIPPE
AMQUI QC. G5J 2P1

Téléphone : 418-629-3747
Télécopieur : 418-629-1665
Courriel: campsablechaud@hotmail.com
Site Web: www.campsablechaud.com

SAISON 2021

Fiche d'inscription CAMP DE JOUR

Nom :

Prénom :

Assurance maladie du campeur :

Date expiration :

Père (nom et prénom)

Mère (nom et prénom)

Adresse :

Ville :

Prov. QC

Code Postal :

Tél. résidence :

Courriel:

Sexe : M__F__

Date de naissance : Âge :

Référé par un organisme, CLSC ou autre: oui__non__

Nom du contact : _____ Téléphone du contact : _____

Comment avez-vous eu l'information sur le Camp? _____

SÉJOUR	DATE	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
0	28/06 au 02/07				FERMÉ	
1	05/07 au 09/07					
2	12/07 au 16/07					
3	19/07 au 23/07					
4	26/07 au 30 /07					
5	02/08 au 06/08					
6	09/08 au 13/08					
7		À CONFIRMER				

TARIF À LA JOURNÉE/26\$ + TX= 29.89\$

À LA SEMAINE/120\$ + TX= 137.97\$

Vous serez facturé pour les jours inscrits. Il n'y aura pas de remboursement pour les absences

LES EFFETS A APPORTER

Collation pour l'avant-midi
Carte Assurance Maladie
Crème solaire
Crème anti-moustique
Maillot de bain
Casquette
Gourde à eau
Serviette
Linge de rechange (risque d'être taché donc du vieux linge)

EN CAS DE PLUIE

Botte à l'eau et Imperméable

MODALITÉS DE PAIEMENT

- Le paiement se fait à votre arrivée le lundi matin (comptant, débit, chèque ou carte de crédit) ou par carte de crédit le vendredi en après-midi.

PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE (AUTRES QUE LES PARENTS)

1. Nom et prénom : _____ Téléphone : _____

Adresse: _____ Lien avec l'enfant : _____

2. Nom et prénom : _____ Téléphone : _____

Adresse : _____ Line avec l'enfant : _____

RELEVÉ 24 (PARENT OU TUTEUR AUQUEL LE RELEVÉ POUR FINS D'IMPÔT DOIT ÊTRE ÉMIS)

Nom : _____ Prénom : _____

Assurance sociale (parent) : _____

Adresse : _____ Province : _____

Ville : _____ Code Postal : _____

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION DU CAMP SABLE CHAUD

DATE	VERSEMENT	NOTE	MODE	INITIALES

FICHE MÉDICALE

Nom : _____ Prénom : _____

Assurance-maladie : _____ Date d'expiration : _____

VOTRE ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU UNE INTERVENTION CHIRURGICALE ? OUI _____ NON _____

Si oui veuillez spécifier : _____ Date _____ Résultat _____

Autres blessures graves : _____ Date _____ Résultat _____

Maladies chroniques : _____ Date _____ Résultat _____

Antécédents médicaux

A-t-il (elle) déjà eu?

Souffre-t-il de?

	OUI	NON	DATE		OUI	NON	DATE
Otites				Asthme			
Oreillons				Hernies			
Varicelle				Épilepsie			
Rougeole				Diabète			
Scarlatine							
Autres				Autres			

Vaccination

Allergies

	OUI	NON		OUI	NON
Rougeole			Fièvre des foins		
Rubéole			Herbes à puce		
Oreillons			Piqûres d'insectes		
DCT			Animaux		
Polio			Pénicilline		
			Arachides		
			Alimentaire		
Autres			Autres		

Votre enfant a-t-il en sa possession sa dose d'adrénaline (Épipen) en fonction de ses allergies? Oui _____ Non _____

Votre enfant prend-t-il des médicaments, si oui lesquels? _____

Présent-il des problèmes de comportement? _____

Mouille-t-il son lit? _____ Fréquence _____

Est-il somnambule? _____ Fréquence _____

Porte-t-il des prothèses particulières? _____ Précisez _____

Y-a-t-il des réserves pour certaines activités? _____ Précisez _____

Pour les filles' a-t-elle eu ses premières menstruations? _____ Si non est-elle renseignée? _____

Autres particularités _____

N.B. Si l'état de santé de votre enfant change entre son entrée au Camp et son état actuel décrit sur cette fiche médicale, vous êtes dans l'obligation de nous avvertir à son arrivée pour que les ajustements soient faits.

AUTORISATION DES PARENTS

1. Je soussigné(e) reconnais avoir pris connaissance des conditions d'admission et des conditions de remboursement du Camp et je m'engage à les respecter.
2. Par la présente, j'autorise la direction du Camp à prodiguer tous les soins infirmiers nécessaires. Si la direction le juge nécessaire, je l'autorise également à transporter mon enfant, par ambulance ou autrement dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire. De plus, s'il est impossible de nous joindre, j'autorise le médecin choisi par les autorités du Camp à prodiguer à mon enfant séjournant au Camp tous les soins médicaux requis par son état, y compris la pratique d'une intervention chirurgicale, des injections, l'anesthésie et l'hospitalisation. Advenant le cas d'achat de prescription, celles-ci sont aux des des parents.
3. J'autorise également les personnes désignées par le Camp à administrer à mon enfant (S'il y a lieu), selon le besoin et en cas d'urgence, la dose d'adrénaline prévue par sa prescription. J'autorise également les personnes désignées par le Camp à administrer des médicaments(aspirine, tyléno, gravol,etc.) selon les soins requis par son état.
4. J'autorise également le Camp Sable Chaud et l'Association des Camps du Québec à prendre des photos et/ou des vidéos de mon enfant dans la pratique d'activités du Camp pendant la durée de son séjour. Je les autorise à utiliser ce matériel et tout ou en partie à des fins publicitaires, telles brochures, revues, journaux, télévision, etc. Tout le matériel utilisé demeurera la propriété du Camp Sable Chaud.

En foi de quoi, j'ai signé _____
Date Signature du parent ou tuteur

Signature de l'enfant de plus de 14 ans

TRÈS IMPORTANT DE COMPLÉTER LA PARTIE DU FORMULAIRE QUI SUIT :

OBJET : AIDE À L'ACCESSIBILITÉ AUX CAMPS DE VACANCES.

Notre Camp de vacances reçoit une aide à l'accessibilité aux camps de vacances du ministère de l'Éducation du Loisir et du Sport (MEERS) dans le cadre du programme d'assistance financière à l'accessibilité aux camps de vacances. Toutefois, pour continuer à recevoir ce soutien du MEERS, nous devons lui indiquer le nombre de personnes défavorisées que nous accueillons.

Il est donc TRÈS IMPORTANT de répondre puisque le Ministère tient compte des revenus familiaux de nos clients dans le calcul du montant de la subvention à verser. Votre collaboration nous permettra de continuer à vous offrir des prix de séjour des plus compétitifs.

Je soussigné, _____ autorise le Camp Sable Chaud à transmettre au Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport les renseignements suivants :

Enfant(s) Noms et prénoms : _____

Parents : Nom et prénom : _____

Nombre de parents dans la famille actuelle : _____

Nombre d'enfants dans la famille actuelle : _____

Revenu familial pour l'année 2017. Vous devez nous fournir une copie de votre revenu indiqué sur votre rapport d'impôt de l'année précédente.

1 personne	25 013\$
2 personnes	35 373\$
3 personnes	43 325\$
4 personnes	50 026\$
5 personnes	55 932\$
6 personnes	61 269\$
7 personnes	66 179\$
	