



Avec la participation de

Éducation,
Loisir et Sport

Québec



FORMULAIRE D'INSCRIPTION 2010

CAMP DE JOUR DE LA RELÂCHE, CAMP ADOS DE LA RELÂCHE, CAMP ÉVASION WEEK-END, CAMP DE JOUR D'ÉTÉ, CAMP DE VACANCES D'ÉTÉ

Le Centre du Lac Pouce est un milieu valorisant qui fait vivre aux jeunes les joies de la vie de groupe à travers des expériences et des apprentissages plein air. Ils développent leur personnalité, franchissent des étapes dans la connaissance et l'acceptation de soi et ce, dans un climat de vacances et d'amitié. Notre camp est d'abord un lieu d'éducation, de formation, de ressourcement et d'animation pour la jeunesse de la région. Notre programmation et nos interventions prônent toujours les valeurs de l'accueil, le respect, la fraternité, la solidarité et l'engagement.

Merci de penser à nous pour les vacances de votre enfant. Nous sommes convaincus qu'il sera ravi de son passage parmi nous.

LAVAL DIONNE, DIRECTEUR GÉNÉRAL

- **Pour que votre inscription soit considérée, vous devez nous faire parvenir, en même temps que cette fiche d'inscription, le dépôt requis (non remboursable en cas d'annulation).**
- **Merci de faire un chèque postdaté à l'ordre du CENTRE DU LAC POUCE et d'inscrire le nom de l'enfant au bas du chèque ou mandat.**
- **Une confirmation d'inscription avec la liste du matériel vous sera ensuite retournée par la poste.**

CAMP DE LA RELÂCHE

(CAMP DE JOUR SEMAINE DE RELÂCHE)

6 à 12 ans, mixte, 16\$ par jour ou 20\$ avec repas.

Note : non taxable, 8 mars gratuit si inscription à toutes les dates.

CAMP	DATES	COCHEZ Séjour	COCHEZ Repas
#R1	Lundi 01 mars 10	<input type="checkbox"/> 16\$	<input type="checkbox"/> 4\$
#R2	Mardi 02 mars 10	<input type="checkbox"/> 16\$	<input type="checkbox"/> 4\$
#R3	Mercredi 03 mars 10	<input type="checkbox"/> 16\$	<input type="checkbox"/> 4\$

CAMP	DATES	COCHEZ Séjour	COCHEZ Repas
#R4	Jeudi 04 mars 10	<input type="checkbox"/> 16\$	<input type="checkbox"/> 4\$
#R5	Vendredi 05 mars 10	<input type="checkbox"/> 16\$	<input type="checkbox"/> 4\$
#R6	Lundi 08 mars 10	<input type="checkbox"/> 16\$	<input type="checkbox"/> 4\$

CAMP RELÂCHE ADOS

(CAMP AVEC HÉBERGEMENT SEMAINE DE RELÂCHE)

11 à 15 ans, mixte, 95\$, hébergement, repas et animation inclus.

Note : non taxable, dépôt de 20\$ pour le séjour.

CAMP	DATES	COCHEZ
#RA1	01-02-03 mars 10	<input type="checkbox"/> 95\$

(verso)

CAMP ÉVASION-WEEK-END

(CAMP AVEC HÉBERGEMENT LES WEEK-END)

6 à 12 ans, mixte, 95\$, hébergement, repas et animation inclus.

Note : non taxable, dépôt de 20\$ par séjour.

CAMP	DATES	COCHEZ
#E2	05-06-07 février 10	<input type="checkbox"/> 95\$
#E3	26-27-28 février 10	<input type="checkbox"/> 95\$
#E4	12-13-14 mars 10	<input type="checkbox"/> 95\$
#E5	26-27-28 mars 10	<input type="checkbox"/> 95\$
#E6	09-10-11 avril 10	<input type="checkbox"/> 95\$
#E7	23-24-25 avril 10	<input type="checkbox"/> 95\$
#E8	30 avril 01-02 mai 10	<input type="checkbox"/> 95\$

CAMP	DATES	COCHEZ
#E9	10-11-12 septembre 10	<input type="checkbox"/> 95\$
#E10	24-25-26 septembre 10	<input type="checkbox"/> 95\$
#E11	15-16-17 octobre 10	<input type="checkbox"/> 95\$
#E12	29-30-31 octobre 10	<input type="checkbox"/> 95\$
#E13	12-13-14 novembre 10	<input type="checkbox"/> 95\$
#E14	26-27-28 novembre 10	<input type="checkbox"/> 95\$
#E15	17-18-19 décembre 10	<input type="checkbox"/> 95\$

CAMP DE JOUR ÉTÉ

(Inscription à la semaine seulement)

5 à 14 ans, mixte, 80\$ ou 100\$ avec repas.

Note : non taxable, svp faites-nous parvenir un dépôt de 20\$ par séjour sélectionné.

CAMP	DATES	COCHEZ Séjour	COCHEZ Repas
#CJ1	28 juin au 02 juillet 10	<input type="checkbox"/> 80\$	<input type="checkbox"/> 20\$
#CJ2	05 au 09 juillet 10	<input type="checkbox"/> 80\$	<input type="checkbox"/> 20\$
#CJ3	12 au 16 juillet 10	<input type="checkbox"/> 80\$	<input type="checkbox"/> 20\$
#CJ4	19 au 23 juillet 10	<input type="checkbox"/> 80\$	<input type="checkbox"/> 20\$
#CJ5	26 au 30 juillet 10	<input type="checkbox"/> 80\$	<input type="checkbox"/> 20\$

CAMP	DATES	COCHEZ Séjour	COCHEZ Repas
#CJ6	02 au 06 août 10	<input type="checkbox"/> 80\$	<input type="checkbox"/> 20\$
#CJ7	09 au 13 août 10	<input type="checkbox"/> 80\$	<input type="checkbox"/> 20\$
#CJ8	16 au 20 août 10	<input type="checkbox"/> 80\$	<input type="checkbox"/> 20\$
#CJ9	23 au 27 août 10	<input type="checkbox"/> 80\$	<input type="checkbox"/> 20\$

CAMP DE VACANCES ÉTÉ

(CAMP D'ÉTÉ AVEC HÉBERGEMENT)

5 à 14 ans, mixte, 275\$, hébergement, repas et animation inclus.

Note : non taxable, rabais de 20\$ en fonction du revenu familial (remplir la section ci-dessous) ou rabais de 20\$ pour 2 inscriptions et plus de la même famille, dépôt de 50\$ requis pour confirmer l'inscription.

CAMP	DATES	COCHEZ
#CV1	27 juin au 02 juillet 10	<input type="checkbox"/> 275\$
#CV2	04 au 09 juillet 10	<input type="checkbox"/> 275\$
#CV3	11 au 16 juillet 10	<input type="checkbox"/> 275\$

CAMP	DATES	COCHEZ
#CV4	18 au 23 juillet 10	<input type="checkbox"/> 275\$
#CV5	25 au 30 juillet 10	<input type="checkbox"/> 275\$
#CV6	01 au 06 août 10	<input type="checkbox"/> 275\$

CAMP DE VACANCES SPÉCIALISÉ ÉTÉ

Note : non taxable, rabais de 20\$ en fonction du revenu familial (remplir la section ci-dessous) ou rabais de 20\$ pour 2 inscriptions et plus de la même famille, dépôt de 50\$ requis pour confirmer l'inscription

CAMP	TYPE	DATES	ÂGE ET SEXE	COCHEZ
#CV7	Camp Vacances Ados	04 au 16 juillet 10	13 à 16 ans	<input type="checkbox"/> 505\$
#CV8	Camp Apprenti-Moniteur	04 au 16 juillet 10	16 ans	<input type="checkbox"/> 505\$

INFORMATIONS SUR LE REVENU FAMILIAL (camps de vacances seulement): Nos camps de vacances d'été reçoivent une aide du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport. Pour continuer à recevoir ce soutien, nous devons lui indiquer le nombre de personnes à faibles revenus que nous accueillons. Nous vous assurons de la confidentialité des renseignements que vous nous transmettez. Ainsi, en vous basant sur les seuils mentionnés, cochez oui si votre revenu familial est inférieur au seuil de faibles revenus suivants : 1 personne : 26 714\$; 2 personnes 33 258\$; 3 personnes 40 888\$; 4 personnes 49 642\$; 5 personnes 56 303\$; 6 personnes 63 502\$; 7 personnes et plus 70 699\$.

OUI, notre revenu familial est inférieur aux seuils mentionnés, j'ai ainsi accès au rabais de 20\$/enfant

NON, notre revenu familial est supérieur aux seuils mentionnés, je n'ai donc pas accès au rabais

FICHE DE L'ENFANT

Camp # _____

Nom de l'enfant: _____ Prénom: _____

Date de naissance : _____ Âge au 30 juin: _____ Sexe : F M

No d'assurance maladie: _____ (OBLIGATOIRE) Date d'expiration: _____

L'enfant demeure habituellement : avec ses parents avec sa mère avec son père autre

Nom de la mère: _____

Adresse: _____

Ville : _____ Code postal : _____

Tél. rés.: _____

Tél. bur.: _____

Tél. cellulaire : _____

Courriel : _____

Nom du père: _____

Adresse: _____

Ville : _____ Code postal : _____

Tél. rés.: _____

Tél. bur.: _____

Tél. cellulaire : _____

Courriel : _____

AUTRE (PRÉCISEZ LE NOM ET LE LIEN AVEC L'ENFANT) : _____

Adresse: _____ Ville : _____ Code postal : _____

Tél. rés.: _____ Tél. bur.: _____ Tél. cellulaire : _____

En cas d'urgence, donnez le nom de 2 autres personnes (obligatoire) :

Nom : _____ Lien : _____ Tél. : _____

Nom : _____ Lien : _____ Tél. : _____

Vous pouvez demander que votre enfant soit dans la même équipe qu'un(e) ami(e) du même âge (dans certains cas, la direction se réserve le droit de **refuser** cette demande). Inscrivez le nom de l'ami(e) :

Nom: _____ Prénom : _____ Âge : _____

Un reçu vous sera envoyé en début d'année (frais de garderie RELEVÉ 24). Conservez-le, car aucun autre ne vous sera émis. À quel nom devra-t-on émettre celui-ci :

Nom : _____ N° d'ass. sociale: _____

(À compléter obligatoirement ou aucun reçu ne sera émis.)

AUTORISATION SOINS MÉDICAUX ET SITUATION D'URGENCE : À ma connaissance, les renseignements donnés sur les antécédents médicaux de mon enfant sont exacts. J'autorise celui-ci/celle-ci à participer à toutes les activités du camp. J'autorise le personnel du camp à administrer les médicaments mentionnés. Si l'on n'arrivait pas à me joindre en cas d'urgence, j'autorise le médecin choisi par la direction du camp à faire hospitaliser mon enfant, à lui assurer des soins adéquats et à prescrire au besoin des injections, une anesthésie ou une intervention chirurgicale. J'autorise aussi la direction du camp à prendre toute décision qui s'impose en cas d'urgence.

Signature du parent/tuteur : _____ **Date :** _____

AUTORISATION DE PUBLICATION : Des photos ou documents vidéo réalisés sur le site dans lesquels se trouvent vos enfants peuvent être utilisés à des fins éducatives et promotionnelles (dépliants, affiches, etc...)

Signature du parent/tuteur : _____ **Date :** _____

FICHE SANTÉ



De façon générale, l'état de santé de mon enfant est : Excellent Moyen Fragile

Remarques : _____

Antécédents personnels

A-T-IL DÉJÀ EU...	SOUFFRE-T-IL DE...	ALLERGIES	
Otite <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	Asthme <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	Fièvre des foins <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	Noix <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
Oreillons <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	Hernies <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	Herbe à puces <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	Lait <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
Varicelle <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	Diabète <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	Piqûre d'insecte <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	Autre :
Rougeole <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	Épilepsie <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	Pénicilline <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	
Autre	Autre	Animaux <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	

Allergies graves :

Votre enfant a-t-il à sa disposition un dispositif (Épipen, Ana-Kit) en fonction de ses allergies? O N

Si oui, qui est autorisé à conserver ce médicament : Enfant lui-même Moniteur-trice de l'enfant

Médicaments : prend-il des médicaments? O N

Si oui, les prend-il lui-même? O N

Nom du médicament : _____

Médicaments sans prescription : cochez les produits que vous nous autorisez à administrer :

<input type="checkbox"/> Acétaminophène (Tylenol, Tempra, etc.)	<input type="checkbox"/> Anti-inflammatoire (Aspirine, Motrin, etc.)
<input type="checkbox"/> Acide acétylsalicylique (Aspirine)	<input type="checkbox"/> Antibiotique en crème (Polysporin, etc.)

Autres informations au sujet de votre enfant :

<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	Problèmes de comportement	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	Handicap
<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	Attitudes ou antécédents de violence	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	Mouille-il/elle son lit
<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	Prothèse ou orthèse	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	Somnambulisme
<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	Restriction pour certaines activités	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	Mange-t-il/elle normalement
<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	Est-elle menstruée	Si non, est-elle renseignée	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
Précisions et éléments importants à signaler au sujet de votre enfant :			

En quelques mots, décrivez les traits de caractère de votre enfant

Goûts, intérêts et aptitudes particulières :

A-t-il/elle déjà participé à un camp de vacances, camp de jour, etc., précisez :

Avez-vous complété toutes les cases



Centre du Lac Pouce, 6939, Boul. Talbot, Laterrière G7N 1W2, Tél. (418) 678-2455 ; Fax (418) 678-1595

Site Web : www.lacpouce.com

Courriel : info@lacpouce.com