



NUMÉRO DE DOSSIER \_\_\_\_\_

**Prière de télécopier ce formulaire 7 jours ouvrables avant la date du camp au : Centre du Lac Pouce, 418-678-1595**

## *Camp Halte plein air 2011-2012*

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Camp # 1: 09, 10, 11 sept. 2011 | <input type="checkbox"/> Camp # 6 : 25, 26, 27 nov. 2011 | <input type="checkbox"/> Camp # 11 : 17, 18, 19 fév. 2012      |
| <input type="checkbox"/> Camp # 2: 23, 24, 25 sept. 2011 | <input type="checkbox"/> Camp # 7 : 16, 17, 18 déc. 2011 | <input type="checkbox"/> Camp # 12 : 16, 17, 18 mars 2012      |
| <input type="checkbox"/> Camp # 3: 14, 15, 16 oct. 2011  | <input type="checkbox"/> Camp # 8 : 13, 14, 15 jan. 2012 | <input type="checkbox"/> Camp # 13 : 30, 31 mars, 1 avril 2012 |
| <input type="checkbox"/> Camp # 4: 28, 29, 30 oct. 2011  | <input type="checkbox"/> Camp # 9 : 20, 21, 22 jan. 2012 | <input type="checkbox"/> Camp # 14: 13, 14, 15 avril 2012      |
| <input type="checkbox"/> Camp # 5: 11, 12, 13 nov. 2011  | <input type="checkbox"/> Camp # 10: 03, 04, 05 fév. 2012 | <input type="checkbox"/> Camp # 15 : 27, 28, 29 avril 2012     |

Provenance :  Centre Jeunesse;  CLSC;  Organisme : \_\_\_\_\_

Nom de l'intervenant (e) : \_\_\_\_\_

Service ou localisation : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ poste : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_

Situation familiale :		Revenu annuel
<input type="checkbox"/> Monoparental Père <input type="checkbox"/> Monoparental Mère <input type="checkbox"/> Deux parents <input type="checkbox"/> Famille recomposée	<input type="checkbox"/> Garde partagée <input type="checkbox"/> Famille d'accueil <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :	<input type="checkbox"/> (moins de 20,000 \$) <input type="checkbox"/> (20,000-39,999 \$) <input type="checkbox"/> (40,000-59,999 \$) <input type="checkbox"/> (60,000-79,999 \$)
Informations supplémentaires pertinentes sur la situation familiale :		

Le jeune présente-il :	Besoins de l'enfant :
<input type="checkbox"/> Trouble du comportement <input type="checkbox"/> Hyperactivité <input type="checkbox"/> Trouble déficitaire de l'attention <input type="checkbox"/> Trouble d'opposition <input type="checkbox"/> Trouble d'apprentissage <input type="checkbox"/> Trouble de l'attachement <input type="checkbox"/> <b>Autre précisez :</b>	<input type="checkbox"/> Sortir du milieu familial <input type="checkbox"/> Développer un réseau social <input type="checkbox"/> Développer l'estime de soi <input type="checkbox"/> Avoir accès à des activités enrichissantes <input type="checkbox"/> Vivre une expérience de groupe positive <input type="checkbox"/> Briser l'isolement <input type="checkbox"/> <b>Autre précisez :</b>

J'autorise l'intervenantE à transmettre cette fiche d'inscription, la fiche d'identification ainsi que la fiche santé aux personnes concernées.

Signature des parents ou substituts :

Nom : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
Lettres moulées jour mois année

Contribution obligatoire des parents : **Minimum : 10,00\$, maximum 30.00\$**

Montant qui sera remis par les parents lors du séjour : \_\_\_\_\_ \$

**SVP VÉRIFIEZ QUE VOUS AVEZ REMPLI TOUTES LES SECTIONS**

# FICHE D'IDENTIFICATION

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) :** \_\_\_\_\_

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

**Avez-vous complété toutes les cases**

# FICHE SANTÉ



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

Remarques : \_\_\_\_\_

## Antécédents :

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	Diabète <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	Piqûre d'insecte <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	Animaux <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
Varicelle <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 : _____

## 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 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 Mouille-il/elle son lit
<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N Attitudes ou antécédents de violence	<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
Prend-il des médicaments? <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N; Si oui, les prend-il lui-même? <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	
Nom des médicaments : _____	
Précisions et éléments importants à signaler au sujet de la santé de votre enfant : _____	
<i>En quelques mots, décrivez les traits de caractère de votre enfant</i>	
<i>Goûts, intérêts et aptitudes particulières</i>	
<i>A-t-il/elle déjà participé à un camp, précisez (quand...où)?</i>	

**AUTORISATION SOINS MÉDICAUX ET SITUATION D'URGENCE :** À ma connaissance, les renseignements donnés sur les antécédents médicaux de mon enfant sont exacts. J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités du camp. J'autorise aussi la direction du camp à prendre toute décision qui s'impose en cas d'urgence. 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 lui assurer des soins adéquats, ou au besoin, à faire hospitaliser mon enfant, à prescrire des injections, une anesthésie ou une intervention chirurgicale

**Signature du parent/tuteur :** \_\_\_\_\_ **Date :** \_\_\_\_\_

## **Avez-vous complété toutes les sections**

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

Site Web : [www.lacpouce.com](http://www.lacpouce.com)

Courriel : [info@lacpouce.com](mailto:info@lacpouce.com)

Prière de remettre cette feuille aux parents ou substituts



# Camp Halte plein air

## Avis de participation au camp



**Année 2011-2012**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Camp # 1: 09, 10, 11 sept. 2011 | <input type="checkbox"/> Camp # 6 : 25, 26, 27 nov. 2011 | <input type="checkbox"/> Camp # 11 : 17, 18, 19 fév. 2012      |
| <input type="checkbox"/> Camp # 2: 23, 24, 25 sept. 2011 | <input type="checkbox"/> Camp # 7 : 16, 17, 18 déc. 2011 | <input type="checkbox"/> Camp # 12 : 16, 17, 18 mars 2012      |
| <input type="checkbox"/> Camp # 3: 14, 15, 16 oct. 2011  | <input type="checkbox"/> Camp # 8 : 13, 14, 15 jan. 2012 | <input type="checkbox"/> Camp # 13 : 30, 31 mars, 1 avril 2012 |
| <input type="checkbox"/> Camp # 4: 28, 29, 30 oct. 2011  | <input type="checkbox"/> Camp # 9 : 20, 21, 22 jan. 2012 | <input type="checkbox"/> Camp # 14: 13, 14, 15 avril 2012      |
| <input type="checkbox"/> Camp # 5: 11, 12, 13 nov. 2011  | <input type="checkbox"/> Camp # 10: 03, 04, 05 fév. 2012 | <input type="checkbox"/> Camp # 15 : 27, 28, 29 avril 2012     |

Il nous fait plaisir de vous confirmer que votre enfant : \_\_\_\_\_  
a été accepté pour participer au Camp Halte Plein Air pour le séjour ci-haut mentionné.

### VOICI LES INFORMATIONS DONT VOUS AVEZ BESOIN

- ✓ **ENTRÉE AU CAMP** : LE VENDREDI ENTRE 18H ET 19H (VOTRE ENFANT DOIT AVOIR SOUPÉ)
- ✓ **SORTIE DU CAMP** : LE DIMANCHE ENTRE 15H ET 16H
- ✓ **ENDROIT** : CENTRE DU LAC POUCE CHALET PAVILLON DES PIONNIERS (LA 3<sup>ÈME</sup> BÂTISSE)
- ✓ **ADRESSE** : 6939 BOULEVARD TALBOT, LATERRIÈRE, G7N 1W2
- ✓ **MÉDICAMENTS** : Si votre enfant prend des médicaments, prenez soin de les mettre dans un sac de type Ziploc, de l'identifier avec la posologie et de l'insérer dans le sac de votre enfant.
- ✓ **COMMUNICATIONS** : Vous ne pourrez pas discuter avec votre enfant durant le séjour, vous pourrez par contre prendre de ses nouvelles en téléphonant à l'animateur le samedi ou le dimanche matin entre 8h00 et 9h00 au 418-678-9798.
- ✓ **CONTRIBUTION OBLIGATOIRE** : n'oubliez pas de donner à votre enfant la contribution (10\$ à 30\$) qu'il remettra sur place au moniteur responsable.
- ✓ **LISTE DU MATÉRIEL À APPORTER** (en plus des vêtements que votre enfant porte sur lui)

HIVER ET TEMPS FROID :	EN TOUT TEMPS :	EN TOUT TEMPS :
1 habit de neige	2 pantalons	1 serviette de bain
1 foulard ou 1 cache-cou	2 t-shirts	2 débarbouillettes et 1 savon
2 paires de mitaines ou gants	1 chandail chaud	1 brosse à dent avec dentifrice
1 paire de bottes chaudes	2 paires de bas	1 paire d'espadrilles
<b>PRINTEMPS ET AUTOMNE</b>	1 paire de bas de laine	1 paire de pantoufles
1 veste	1 pyjama	1 sac de couchage
1 paire de gants	3 sous-vêtements	1 taie d'oreiller

**N.B. Si votre jeune, pour un problème de santé ou autre, ne peut se présenter au camp, veuillez SVP en aviser le plus rapidement possible un animateur au 678-9798 afin qu'un autre jeune puisse bénéficier de ce camp.**

Il est interdit d'apporter des objets de valeur, des bijoux, des lecteurs cd ou mp3, ou des jeux de type Game Boy. Votre enfant peut toutefois apporter un jeu de société, un livre ou un toutou.

**NOTEZ QU'IL N'Y A PAS DE TRANSPORT ORGANISÉ POUR ALLER RECONDUIRE OU ALLER CHERCHER VOTRE JEUNE**

**Merci et au plaisir d'accueillir votre enfant !**