



LES CAMPS DE JOUR NOS VOIX, NOS VISAGES

2516, rue Sainte-Hélène, Longueuil J4K 3V2

☎ 450-442-0740 📠 450-442-1762

🌐 www.nosvoixnosvisages.org/info@nosvoixnosvisages.org

Photo
Campeur
(obligatoire)

MONTRÉAL

FICHE D'INSCRIPTION

CAMP POUR LES 6-12 ANS EN ARTS DE LA SCÈNE

Relâche scolaire du 1er au 05 mars 2010

RENSEIGNEMENTS STAGIAIRE Ancien Nouveau Sexe : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____ App. : _____ Code Postal : _____

Ville : _____ Téléphone : _____

Date de naissance : _____ / _____ / _____
Année mois jour Age lors du camp : _____ ans _____ mois

Signature (campeur) : _____

Comment avez-vous entendu parler du camp de la relâche ? _____

Adresse courriel : _____

PARENT OU TUTEUR

Nom : _____ Prénom : _____

Tél (rés) : _____ Tél (bur) : _____

Autre personne à contacter en cas d'urgence

Nom : _____ Prénom : _____

Tél (rés) : _____ Tél (bur) : _____

Relation avec le campeur : _____

Je déclare avoir pris connaissance de toutes les clauses stipulées dans le présent contrat et je comprends les responsabilités qui se rattachent à cet engagement.

Signé à _____ le _____

Signature de la personne responsable du contrat

Signé à _____ le _____

Signature du représentant N.V.N.V.

.....
Un reçu (relevé 24) pour fin d'impôts vous sera émis au plus tard le 28 février 2011, des reçus temporaires faits à la main seront remis pour les frais de camp payés en argent comptant seulement.

Nom de la personne à qui on doit émettre le reçu : _____

Adresse complète de la personne : _____

Numéro d'assurance sociale (**obligatoire**) : _____

Réservé à l'administration

Frais de camp \$ _____ **Service de garde** \$ (inclus) = **Total** \$ _____

Prix et versements

Frais de camp : 165 \$ (incluant le service de garde)

Tous les frais sont payables à l'inscription.

Le paiement peut être acquitté par chèque, argent comptant, Visa, Master Card ou paiement direct. Si vous désirez payer par chèque, celui-ci doit être rédigé à l'ordre de **Nos Voix, Nos Visages**.

Photos et Vidéos

Le présent contrat autorise Nos Voix, Nos Visages à utiliser les photos et les vidéos sur lesquelles apparaît le campeur. Cette autorisation couvre l'utilisation du matériel, en tout ou en partie à des fins publicitaires pour l'organisme comprenant dépliants, brochures, revues, journaux, site Internet, télévision (annonces, communiqués, reportages) etc. Tout le matériel demeurera la propriété de l'École et servira à des fins de représentation uniquement. Cette autorisation **ne couvre pas** une utilisation en vue de gains pécuniaires directs pour l'organisme (ex. vente de photos).

Information et règlements

Avertissement :

Nos Voix, Nos Visages se réserve le droit de cesser le présent engagement en tout temps pour des motifs tels que :

- Indiscipline ou attitude nuisant au groupe.
- Retards ou absence répétées.
- Le nombre de campeurs est insuffisant.

Service de garde, à partir de 7h30 et jusqu'à 18h :

Veillez nous indiquer approximativement à partir de quelle heure le matin et jusqu'à quelle heure le soir votre enfant sera au camp.

Matin _____ Soir _____

Tous les jours

Occasionnellement

Réservé à l'administration

Mt	Ch	Ar	Date	Signature	FI	Camp	FG	Bal
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Réservé à l'administration

Vér. Groupe _____ in _____ Inscription _____ in _____ Comptabilité _____ in _____

Vér. Données _____ in _____ Entrées de données _____ in _____ Placer groupe _____ in _____

FICHE SANTÉ

Photo
obligatoire

Endroit du camp : _____

Date du camp : _____

RENSEIGNEMENTS CAMPEUR OU STAGIAIRE

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____ App. : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Date de naissance : _____ Âge lors du camp : _____

RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES :

No d'assurance maladie : _____ Date d'expiration : _____

EN CAS D'URGENCE : (obligatoire d'avoir 4 noms de répondants en cas d'urgence)

Nom de la mère Tél. (rés.) _____ Tél. (bur.) _____

Nom du père Tél. (rés.) _____ Tél. (bur.) _____

Nom et lien avec l'enfant Tél. (rés.) _____ Tél. (bur.) _____

Nom et lien avec l'enfant Tél. (rés.) _____ Tél. (bur.) _____

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX :

Maladies, allergies ou conditions particulières pouvant affecter le travail du personnel ou le fonctionnement du camp. (Toute omission à cette clause peut entraîner le renvoi du stagiaire).

S.V.P., veuillez donner tous les renseignements importants. Suivi, traitement ou encadrement nécessaire :

DOSE D'ADRÉNALINE

- Votre enfant a-t-il à sa disposition d'une dose d'adrénaline (Epipen, Ana-Kit) en fonction de ses allergies?

Oui Non

- Si oui, qui est autorisé à conserver et administrer ce médicament et selon quelle posologie?

Enfant lui-même Toute personne adulte responsable

Moniteur de l'enfant Posologie : _____

À SIGNER SI VOTRE ENFANT A UNE DOSE D'ADRÉNALINE

Par la présente, j'autorise les personnes désignées par le camp à administrer selon le besoin en cas d'urgence, la dose d'adrénaline à mon enfant.

Signature du parent _____

MÉDICAMENTS

Votre enfant prend-il des médicaments Oui _____ Non _____

Si oui, lequel ou lesquels : _____

Les prend-il lui-même : Oui _____ Non _____ Spécifiez _____

Autres particularités médicales : _____

VACCINATION

Rougeole Oui _____ Non _____ Date _____ / **Rubéole** Oui _____ Non _____ Date _____ /

Oreillons Oui _____ Non _____ Date _____ / **DTC** Oui _____ Non _____ Date _____ /

Polio Oui _____ Non _____ Date _____ Autre, précisez : _____ Date _____

FILLE :

A-t-elle déjà eu ses menstruations Oui Non, elle n'est pas renseignée

Non, elle est renseignée

Y-a-t-il des considérations particulières : _____

AUTRES (problèmes de comportement, troubles alimentaire, prothèse, réserves pour certaines activités, etc.) Précisez :

***Veuillez noter qu'il vous faudra mentionner tout changement concernant l'état de santé de votre enfant entre la période d'inscription et le début des camps. Changements à signaler :**

AUTORISATION DES PARENTS

Si votre enfant doit prendre des médicaments, à votre arrivée dans le camp, vous devrez remplir un formulaire d'autorisation d'administration de médicament ou nous fournir une autorisation écrite afin que nous puissions administrer les posologies prescrites à votre enfant. Vous devez fournir le contenant avec l'étiquette officielle ou au moins l'étiquette fournie par le pharmacien indiquant la posologie prescrite par le médecin. Il faut apporter seulement la dose quotidienne du médicament et non les doses pour toute la durée du traitement prescrit.

- Veuillez prendre note que toutes ces informations demeureront confidentielles. Seules les informations concernant l'état de santé de votre enfant seront divulguées à son animateur et son supérieur immédiat afin de permettre une meilleure approche auprès de votre enfant ainsi qu'une intervention plus efficace en cas d'urgence.
- En signant la présente, j'autorise la direction du camp à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Si la direction du camp le juge nécessaire, je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance, ou autrement, dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire.
- Je m'engage à collaborer et à venir rencontrer les responsables du camp si le comportement de mon enfant nuit au bon fonctionnement du camp.

Signature du parent ou tuteur

Date