

# FICHE DE L'ENFANT

## Camp du temps des fêtes 2017-2018

### RENSEIGNEMENTS DE L'ENFANT PARTICIPANT (1 FORMULAIRE PAR PARTICIPANT)

**NOM, PRÉNOM** \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Âge: \_\_\_\_\_ F  M   
(AAAA-MM-JJ)

No. Ass. mal. : \_\_\_\_\_ Exp.: \_\_\_\_\_  
(MM-AA)

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

### NOM DU RÉPONDANT DE L'ENFANT

**NOM, PRÉNOM** \_\_\_\_\_

Lien avec l'enfant :  Mère  Père  Tuteur

Tél. résidence : \_\_\_\_\_ Tél. Travail : \_\_\_\_\_

Tél. cellulaire : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

### REÇU D'IMPÔT POUR FRAIS DE GARDE

Émis en février prochain au nom et # d'assurance sociale indiqués ci-dessous.

Disponible par Internet au début mars.

Émis à \_\_\_\_\_

Numéro d'assurance sociale \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### CHOIX DES JOURNÉES DE CAMP

- Mercredi 27 décembre 2017–25\$
- Jeudi 28 décembre 2017 –25\$
- Vendredi 29 décembre 2017 –25\$
- Mercredi 3 janvier 2018 –25\$
- Jeudi 4 janvier 2018 –25\$
- Vendredi 5 janvier 2018 –25\$

Prenez note que l'horaire du camp est de 8h à 16h30 et qu'il n'y a pas de service de garde disponible.

### TYPE DE PAIEMENT:

- Chèque (faire le chèque à l'ordre du Relais du Bout)
- Argent comptant
- Visa ou Mastercard

TOTAL:

# URGENCE

NOM, PRÉNOM (personne autre que celle indiquée au verso)

---

Lien avec l'enfant (spécifiez le lien) \_\_\_\_\_

Tél. résidence : \_\_\_\_\_ Tél. Travail : \_\_\_\_\_

Tél. cellulaire : \_\_\_\_\_

## PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT AU CAMP:

Mère  Père  Tuteur  Autre (spécifiez le lien)

\* Si une autre personne devait venir chercher l'enfant, remettre une note écrite à l'animateur en matinée.

Est-ce que votre enfant est autorisé à quitter seul à la fin de la journée de camp?  OUI  NON

## ÉTAT DE SANTÉ DE L'ENFANT

Est-ce que votre enfant souffre d'allergies? Oui  Non

Nature de l'allergie \_\_\_\_\_

Type de réaction \_\_\_\_\_

Est-ce que votre enfant possède un injecteur d'adrénaline (de type Epi-Pen, ana-kit ou autre)?

Oui  Non

Note: pour des raisons de sécurité et d'efficacité, si votre enfant possède un Épi-Pen ou tout autre auto-injecteur, il devra l'avoir sur lui, en tout temps.

L'enfant souffre-t-il d'une maladie ou a-t-il des incapacités ou problèmes physiques, cognitifs, émotifs ou comportementaux requérant une approche particulière ou pouvant l'empêcher de participer pleinement à une activité?

Oui  Non  Spécifiez: \_\_\_\_\_

L'enfant doit-il prendre des médicaments? Oui  Non

Si oui, un formulaire d'administration de médicaments disponible à l'accueil du camp devra être rempli et signé.

## AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ :

---

J'autorise Les Loisirs communautaires Le Relais du Bout à utiliser en tout ou en partie des photographies ou vidéos à des fins publicitaires dans lesquels apparaît mon enfant dans le cadre des activités de la relâche. Tout le matériel utilisé demeurera la propriété des Loisirs communautaires Le Relais du Bout.

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_