

# FICHE SANTÉ

## 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

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, de l'accompagnement, ou pouvant l'empêcher de participer pleinement à une activité?

Oui  Non  Spécifiez les besoins: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

**PERSONNE À JOINDRE EN CAS D'URGENCE** (personne autre que celle indiquée au verso)

NOM, PRÉNOM \_\_\_\_\_

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

Mot de passe de sécurité: \_\_\_\_\_

\*La personne autorisée doit connaître le mot de passe pour pouvoir repartir avec l'enfant.

J'autorise Les Loisirs communautaires Le Relais du Bout et la Commission scolaire de la Pointe de l'Île 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 du Relais du Bout.

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



Le Relais du Bout  
Loisirs communautaires

14 115 Prince-Arthur, suite 257, Montréal, Qc, H1A 1A8  
Tél.: 514 498-3962 Télécopieur: 514 872-7087

# CAMP DE LA RELACHE SCOLAIRE 2018

DU 5 AU 9 MARS 2018  
Semaine d'activités animées  
pour les jeunes de 5 à 12 ans  
des écoles primaires de Pointe-  
aux-Trembles et Montréal-Est.



# INFORMATIONS GÉNÉRALES

**Horaire:** du lundi au vendredi de 7h à 18h

**Lieu:** École Sainte-Germaine-Cousin

**Adresse:** 1880, 48<sup>e</sup> avenue

**Coût du camp:** 75\$ (tarif pour la semaine incluant la sortie)

**514 498-3962 poste 375**

- L'enfant devra se présenter au camp entre **7h et 9h**.
- Les enfants peuvent quitter à compter de **15h30**
- Programmation: des jeux intérieurs et extérieurs, du bricolage, une sortie au centre d'escalade Action directe et d'autres activités avec des supers animateurs!
- Prévoir le matériel suivant:

**Un lunch froid avec au moins deux collations** (sans arachides ou noix, ni aucun contenant en verre)

**Souliers de course et vêtements confortables**

**Des vêtements chauds pour jouer à l'extérieur:** (pantalon de neige, mitaines, cache-cou, tuque bottes de neige). Prévoir des mitaines et des bas de rechange.

## POUR S'INSCRIRE

Payable en argent comptant ou chèque à l'ordre du Relais du Bout.

S.v.p, inscrire le nom de votre enfant sur votre chèque.

**Avant le 9 février:**

**Directement à l'école de votre enfant.**

Veillez donner la fiche d'inscription ainsi que votre paiement dans une enveloppe à l'enseignant de votre enfant.

**Après le 9 février:**

**À nos bureaux**

14 115 rue Prince-Arthur Est, suite 257

**En ligne (jusqu'au 28 février)**

[www.relaisdubout.org](http://www.relaisdubout.org)

# FICHE DE L'ENFANT

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 : \_\_\_\_\_

École de l'enfant \_\_\_\_\_ Degré scolaire: \_\_\_\_\_

## 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 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**COÛT DU CAMP : 75\$**

(tarif pour la semaine complète, incluant les frais de la sortie du mercredi)

**Type de paiement:**

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



**SUITE AU VERSO**