



Fiche d'inscription

Camp de jour – Été 2017

Photo de
l'enfant

Nom : _____ Prénom : _____
 Adresse : _____ Ville : _____ Date de naissance : ___/___/_____
 Province : _____ Code postal : _____ jour / mois / année
 Téléphone rés. : (_____) _____
 Courriel parents _____ Courriel enfant : _____
 Nom de la mère _____ Profession _____ Tél. bureau () _____ Cell. () _____
 Nom du père _____ Profession _____ Tél. bureau () _____ Cell. () _____
 Nouveau campeur ancien nombre d'années à La Licorne : _____
 École fréquentée présentement : _____ niveau scolaire actuel : _____
 Expérience équestre : (selle classique) aucune pas trot galop début saut saut
 Grandeur chandail (offert par le camp) :
 Ado : petit moyen grand adulte : petit moyen grand Xgrand

DATES ET FRAIS DES CAMPS DE JOUR (2 COURS PAR JOUR) :

Indiquer d'un « X » la ou les périodes désirées

Arrivée vers 8 h 30 • Départ vers 18 h • Collation incluse • Dîner en option : 35 \$ + taxes = 40.25 \$

* le vendredi spectacle à 13h30

Période	Dates	Coût	TPS 5%	TVQ 9.75%	Total
<input type="checkbox"/> 1 ^{er} camp	dim. 25 juin au vend. 30 juin	580\$	29\$	57,86\$	666.86\$
<input type="checkbox"/> 2 ^e camp	dim. 2 juillet au vend. 7 juillet	580\$	29\$	57,86\$	666.86\$
<input type="checkbox"/> 3 ^e camp	dim. 9 juillet au vend. 14 juillet	580\$	29\$	57,86\$	666.86\$
<input type="checkbox"/> 6 ^e camp	dim. 6 août au vend. 11 août	580\$	29\$	57,86\$	666.86\$
<input type="checkbox"/> 7 ^e camp	dim. 13 août au vend. 18 août	580\$	29\$	57,86\$	666.86\$

À l'administration : Je me conformerai aux règlements financiers du camp, à savoir :

- j'enverrai le premier versement de 200 \$ lors de l'inscription (non remboursable), déductible du montant total
- je paierai le deuxième versement le 1er mai 2017 (insérer votre paiement avec la fiche d'inscription)
- je ne serai pas remboursé si mon enfant quitte le camp pour toute autre raison que celle de maladie certifiée par un médecin, dans ce cas, je serai remboursé pour les journées complètes non séjournées au camp moins 200\$ pour les frais inhérents.
- j'autorise La Licorne et l'Association des Camps du Québec à utiliser des photos et/ou des bandes vidéos sur les activités de mon enfant pour des fins publicitaires telles brochures, revues, journaux, etc.

 Signature du père, de la mère ou tuteur _____ jour / mois / année _____
 Signature du campeur / campeuse

Reçu d'impôt à : _____ no. ass. sociale : _____

Réservé à l'administration :

Date	Coût	TPS	TVQ	Versement	Solde à payer

FICHE MÉDICALE**Camp de jour du _____ au _____ 2017**

Nom : _____ Prénom : _____

N° assurance-maladie : _____ Date d'expiration : _____

Personnes à contacter en cas d'urgence (**si dans l'impossibilité de vous rejoindre**) :

Nom : _____ lien avec l'enfant : _____ Tél. r.() _____ tél. b.() _____

Nom : _____ lien avec l'enfant : _____ Tél. r.() _____ tél. b.() _____

Votre enfant souffre-t-il (elle) de :

 Asthme Sensibilité de la peau Énurésie Épilepsie Troubles de la vue Diabète Allergie; si allergie, spécifier : _____

Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (épipen, ana-kit) en fonction de ses allergies? _____

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

 Enfant lui-même Moniteur de l'enfant Toute personne adulte responsable

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

Vaccinations : oui non

Tétanos Rougeole Méningite Votre enfant prend-il des médicaments : oui non

Si oui, nom des médicaments _____ posologie _____

*** Veuillez remettre à la direction tous médicaments bien identifiés dans un sac ziploc. Merci !**Votre enfant est-il hyperactif ? oui non

Si oui, décrire : _____ médicament : _____

Votre enfant porte-t-il des prothèses particulières? oui non

Si oui, décrire : _____

Votre enfant a-t-il d'autres particularités médicales? _____

AUTORISATION DES PARENTS — Médication

J'autorise le personnel du camp à administrer à mon enfant en cas de besoin un ou plusieurs des médicaments ciaprès décrits :

 Acétaminophène (Tylenol, Tempra, etc.) Antiémétique (Gravol) Sirop contre la toux (Benylin, etc.) Antibiotique en crème (Polysporin, Baciguent, etc.) Anti-inflammatoire (Advil) Antihistaminique qui agit entre autres contre les allergies (Bénadryl, Claritin, Réactine, etc.)_____
Signature du parent**AUTORISATION DES PARENTS — Soins**

En signant la présente, j'autorise la direction du camp à prodiguer tous les soins infirmiers nécessaires. Si la direction le juge nécessaire, je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement, dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire. De plus, s'il est impossible de nous joindre, j'autorise le médecin choisi par les autorités du camp à prodiguer à mon enfant séjournant au camp, tous les soins médicaux requis par son état, y compris la pratique d'une intervention chirurgicale, des injections, l'anesthésie et l'hospitalisation.

SIGNATURE DU PARENT OU TUTEUR_____
DATE

À retourner au Camp École d'équitation La Licorne, 5251 Marie-Victorin, Sainte-Croix, G0S 2H0