



FICHE D'INSCRIPTION

CAMP BENYAMIN 2018

CAMPEUR

Nom : _____

Prénom : _____

Sexe : M____ F____

Date de Naissance : jour /mois /année

Âge au début du camp : _____

Numéro d'assurance maladie : _____

Date d'expiration de la carte : _____

PARENTS * LE CAMPEUR RÉSIDE AVEC** MÈRE PÈRE LES DEUX

État Civil des Parents : ___ Mariés ___ Divorcés ___ Séparés ___ Veuf (ve)

Nom (mère): _____

Prénom (mère): _____

No. tél. (domicile) : _____

No. de tél. (cellulaire) : _____

Courriel : _____

No. Civique : _____

Rue : _____

Apt. : _____

Ville : _____

Code Postal : _____

Nom (père): _____

Prénom (père): _____

Même adresse

No. Civique : _____

Rue : _____

Apt. : _____

Ville : _____

Code Postal : _____

No. tél. (domicile) : _____

No. de tél. (cellulaire) : _____

Courriel : _____

À compléter pour recevoir un reçu d'impôt – Relevé 24 (Un seul reçu d'impôt sera émis par formulaire d'inscription.)

Veillez inscrire le numéro d'assurance sociale et le nom du parent qui réclamera les frais de garde.

Attention, il est obligatoire d'indiquer un numéro d'assurance sociale pour obtenir un relevé 24. Sans cette information, aucun relevé ne sera émis.

Numéro d'assurance sociale	Nom de famille	Prénom

PERSONNE(S) À CONTACTER EN CAS D'URGENCE (AUTRE QUE LES PARENTS) :

Nom : _____ Lien de parenté : _____ Tél. : _____

Nom : _____ Lien de parenté : _____ Tél. : _____

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS ET MÉDICAUX :

Votre enfant souffre-t-il de problème de :

Coeur Gorge Poumons Reins Dents Yeux Colonne Nez Oreilles Autres : _____
Détails : _____

Votre enfant a-t-il les maladies suivantes :

Asthme Diabète Autre, précisez : _____
Détails : _____

Autres particularités à nous signaler sur le plan médical (chirurgies, blessures graves, maladies chroniques, etc.)

Détails : _____

Votre enfant a-t-il reçu les vaccins suivants:

Tétanos (date : _____) Rougeole (date : _____)

Votre enfant a-t-il des allergies :

Piqures d'insectes Médicaments Allergies/intolérances alimentaires Autres : _____

A-t-il une dose d'adrénaline (Epipen) ? Oui Non

Précisez l'allergie et les détails de celle-ci (sévérité et symptômes) : _____

Votre enfant a-t-il reçu un diagnostic pour :

Hyperactivité TDA Phobie Autisme * TED* Déficience intellectuelle * Syndrome d'Asperger *

*Veuillez remplir le formulaire de demandes de renseignement supplémentaire afin que nous puissions accueillir votre enfant

Votre enfant présente-t-il des comportements émotionnels particuliers ?

OUI NON

Détails : _____

Votre enfant prend-t-il des médicaments* ?

OUI NON

Détails et posologie : _____

*Si votre enfant doit prendre des médicaments pendant les heures de camp de jour, veuillez l'indiquer lors de sa première journée de camp

NIVEAU DE NATATION :

Mon enfant est capable de nager **sans arrêt et sans aide**. Oui ___ Non ___

ÉCOLE :

École : _____

Année scolaire : _____

INSCRIPTION :

Cochez les semaines auxquelles vous voulez inscrire votre enfant.

Tarif : 145\$ / Semaine

__ Semaine 1: 25 au 29 juin

__ Semaine 2: 2 au 6 juillet

__ Semaine 3: 9 au 13 juillet

__ Semaine 4: 16 au 20 juillet

__ Semaine 5: 23 au 27 juillet

__ Semaine 6: 30 juillet au 3 août

__ Semaine 7: 6 au 10 août

CONDITIONS & AUTORISATIONS

1. Les frais de camp sont payables lors de l'inscription.
2. **Horaire du camp** : Du lundi au vendredi 8h30 à 17h00.
3. * **Des frais de 5\$ par tranche de 15 minutes seront appliqués à partir de 17h00.**
4. **Tout remboursement est à l'entière discrétion de la Communauté sépharade unifiée du Québec (CSUQ). Seules les demandes écrites de remboursement seront prises en considération. Des frais administratifs de 20% seront calculées au prorata hebdomadaire (c.-à-d. une semaine est considérée comme étant complétée dès qu'elle débute).**
5. **SOINS INFIRMIERS** : J'autorise la direction du camp à prodiguer tous les soins infirmiers nécessaires en cas de besoin, ainsi que le transport en ambulance. Si la direction ne peut me joindre ou joindre les personnes à contacter en cas d'urgence, j'autorise le médecin à prodiguer **TOUS** les soins médicaux requis. **Initiales** : _____
6. Le parent et son enfant acceptent de rembourser le camp pour toutes dépenses encourues pour le bien de l'enfant (dépenses médicales, matériel spécial, etc.) **Initiales** : _____
7. **ACTIVITÉS EXTÉRIEURES** : J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités organisées par le camp, à l'intérieur et à l'extérieur, incluant les sorties en autobus scolaire ou de ville.
8. **PHOTOS** : J'autorise, à moins d'avis écrit contraire, le Camp Benjamin à utiliser des photos et vidéos d'activités où mon enfant apparaît, dans un but promotionnel.
9. **RISQUE** : Je reconnais que la pratique des activités du programme camp de jour comporte des risques et dangers inhérents, peu importe le niveau de supervision de l'animateur et le niveau d'habileté de l'enfant. Je reconnais aussi que mon enfant doit respecter les règles, les consignes et les façons de faire applicables aux activités auxquelles il participe, et ce, pour diminuer le plus possible les risques de dommages. **Initiales** : _____
10. Le camp n'est **pas responsable des pertes ou dommages** causés aux effets personnels du campeur. En cas de vol, aucune poursuite ne pourra être intentée contre le camp.
11. **Le campeur doit porter en tout temps le t-shirt officiel du Camp Benjamin. Le t-shirt du camp est disponible au coût de 10\$.**
12. **J'ai la responsabilité de transmettre au camp toute nouvelle information médicale survenue entre la date où la fiche a été remplie et la date d'arrivée de votre enfant au camp.**
13. J'atteste que les informations ci-dessus sont véridiques et que je suis bien informé sur le mode de paiement et les conditions de remboursement. Je certifie avoir pris connaissance des autorisations ci-dessus.

Signature du tuteur légal : _____ Date : _____