**MUNICIPALITÉ DU LAC-HUMQUI**

**FICHE D’INSCRIPTION – CAMP DE JOUR 2019**

INFOS DE L’ENFANT :

Prénom : Nom :

Date de naissance : Taille : Poids :

Âge : Assurance maladie :

 Expiration :

PARENTS OU TUTEURS :

Nom du parent : Nom du parent :

Lien de parenté : Lien de parenté :

Adresse : Adresse :

Ville : Ville :

Téléphone  Téléphone

(Res) : (Res) :

(Cell) : (Cell) :

Coordonnées de 2 personnes, autre que les parents ou tuteurs, à joindre en cas d’urgence.

Nom et prénom : Nom et prénom :

No. de téléphone : No. de téléphone :

Information autres :

Votre enfant a-t-il des restrictions pour certaines activités ?

Si oui préciser :

Votre enfant a-t-il déjà eu parmi les maladies suivantes :

[ ]  Asthme

[ ]  Otite à répétition

[ ]  Diabète

[ ]  Eczéma

[ ]  Varicelle

[ ]  Autre, précisez :

Informations importantes concernant les maladies cochées :

Votre enfant présente-t-il un trouble de comportement tel que (TDA, TOC)…

Si oui …

Préciser :

**Renseignements médicaux** :

Allergies :

Alimentaires :

Intolérances :

Piqûres d’insectes :

Médicaments :

Votre enfant a-t-il une Épipen ?

Préciser l’allergie et les détails (sévérités et symptômes) :

AUTORISATION DE RETOUR À LA MAISON SEUL

J’autorise mon enfant (nom de l’enfant) à retourner seul à la maison après sa journée au camp de jour.

Signature :

Date :

AUTORISATION PARENTALE ET POLITIQUES

* J’accepte les politiques du Camp de jour de Lac-Humqui et j’autorise mon enfant à participer à toutes les activités du Camp.
* Par la présente, je certifie que les renseignements fournis sur la fiche médicale de min enfant sont exacts et j’autorise le personnel du camp à donner les médicaments et soins médicaux appropriés et à prendre les dispositions nécessaires recommandées par un professionnel de la santé.
* Dans l’impossibilité de nous joindre, j’autorise le médecin à prodiguer à mon enfant tous les soins médicaux requis par son état (interventions chirurgicales, transfusions, anesthésies, injections ou hospitalisation).
* Je m’engage par le fait même, à défrayer le coût des soins administrés à mon enfant, le cas échéant.
* J’accepte également, le retour hâtif de mon enfant à la maison sans aucun remboursement, pour des raisons de mauvais comportement, de possession et consommation de drogue, ou autres raisons jugées sérieuses par la direction. Un enfant peut également être retourné à la maison pour des raisons de contagion.
* En cas d’annulation avant le début du camp, la totalité sera remboursée.

Signature du parent :

Date :