



# FORMULAIRE D'INSCRIPTION

## Camp de jour Astrelles-Gaillards



du 12 au 16 août 2019

<b>Nom de l'enfant :</b>		<b>Prénom:</b>		
Adresse :		Ville :	Code Postale :	
Tél. résidence :		Tél. de la mère :	Tél. du père :	
Adresse courriel :				
Nom de la mère :		Prénom :		
Nom du père :		Prénom :		
<b>Date de naissance de l'enfant</b>	<b>Année :</b>	<b>Mois :</b>	<b>Jour :</b>	<b>Âge :</b>
<b>Personnes à contacter en cas d'urgence</b>				
		Nom :	Téléphone :	
		Nom :	Téléphone :	
<b>Adultes autorisés à quitter avec votre enfant :</b>				
Nom:		Lien :		
Nom:		Lien :		
Nom :		Lien :		
Nom :		Lien :		
Nom du parent pour le reçu d'impôt :		Numéro d'assurance sociale :		
<b>Numéro d'assurance-maladie :</b>		<b>Date d'expiration :</b>		
Souffre-t-il (elle) d'une maladie particulière?		Oui	Non	Si oui, laquelle :
Souffre-t-il (elle) d'allergies?		Oui	Non	Si oui, lesquelles :
Prend-t-il (elle) des médicaments?		Oui	Non	Si oui, lesquels :
Doit-il (elle) les prendre pendant la journée ?				
A-t-il (elle) d'autres problèmes physiques ou émotifs?		Oui	Non	Si oui, lesquelsl :

**T-SHIRT:**      **Petit junior (6 à 8 ans)**      **Petit adulte**      **Moyen junior (8 à 10 ans)**      **Moyen adulte**      **Grand junior (10 à 12 ans)**

**J'AUTORISE** le Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue à se servir des photos et vidéos prises de mon enfant à des fins publicitaires.

**J'AUTORISE** les responsables du camp à prendre toutes les dispositions et à prodiguer tous les soins nécessaires relatifs à la santé de mon enfant. Je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement (à mes frais) et à le faire admettre dans un établissement de santé. En cas d'urgence, s'il est impossible de nous joindre, j'autorise le médecin choisi par les autorités du camp à prodiguer à mon enfant tous les soins médicaux requis par son état, y compris la pratique d'une intervention chirurgicale, transfusion, injection, anesthésie, hospitalisation, etc.

**JE M'ENGAGE**, si des modifications concernant l'état de santé de mon enfant survenaient avant le début ou pendant la période du camp, à transmettre cette information au responsable du camp, qui fera le suivi approprié avec le camp.

Signatures : \_\_\_\_\_

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

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

1- Dépôt à inscription: \_\_\_\_\_ \$      Date: \_\_\_\_\_      Reçu par: \_\_\_\_\_

Comptant     Chèque