



--	--	--

Réservé au personnel

## Formulaire d'inscription - Gatineau Camp des Fêtes 2017-2018

### Renseignements généraux (enfant)

Prénom et nom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Sexe de l'enfant :  F  M Langue de l'enfant :  Français  Anglais  Bilingue

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : \_\_\_\_\_ Âge lors du camp : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Téléphone résidence : \_\_\_\_\_

Ami(e)s voulant être dans le même groupe : \_\_\_\_\_

### Renseignements généraux (parents)

Prénom et nom de la mère : \_\_\_\_\_

Téléphone résidence : \_\_\_\_\_

Téléphone travail : \_\_\_\_\_ Cellulaire : \_\_\_\_\_

Courrier électronique : \_\_\_\_\_

Prénom et nom du père : \_\_\_\_\_

Téléphone résidence : \_\_\_\_\_

Téléphone travail : \_\_\_\_\_ Cellulaire : \_\_\_\_\_

Courrier électronique : \_\_\_\_\_

Frais d'inscription : 55 \$ par jour

Dates de camp	Cochez les dates désirées s.v.p.
27 décembre 2017	
28 décembre 2017	
29 décembre 2017	
3 janvier 2018	
4 janvier 2018	
5 janvier 2018	
8 janvier 2018	
<b>Nbr total de journées</b>	

x 55 \$ = \_\_\_\_\_  
*Réservé au personnel*

Mode de paiement (Cochez le mode désiré)

Pour les paiements par carte débit ou comptant, veuillez s.v.p. vous présenter à la réception d'Altitude Gym.

Chèque (veuillez joindre un chèque, à l'ordre d'Altitude Gym s.v.p.)

Carte de crédit (veuillez remplir les informations ci-dessous s.v.p.)

Visa  Mastercard  Numéro de la carte : \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_

Date d'expiration (MM/AA) : \_\_\_\_ | \_\_\_\_

<b>Modalités de paiement</b> <i>(Réservé au personnel)</i>	Date		Mode	Montant payé	Montant à payer	Fait par
	1					
	2					
	3					

### Informations concernant le Relevé 24 (reçu pour frais de garde d'enfant)

Nom du parent payeur : \_\_\_\_\_

Pourcentage  100%  50%  Autre : \_\_\_\_\_

Numéro d'assurance sociale (\*Obligatoire pour produire le Relevé 24) : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nom du 2<sup>e</sup> parent payeur : \_\_\_\_\_

Pourcentage  100%  50%  Autre : \_\_\_\_\_

Numéro d'assurance sociale (\*Obligatoire pour produire le Relevé 24) : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_



## **Autorisations et modalités d'inscription**

**DÉPART** : J'autorise mon ou mes enfants à quitter le camp de jour seul(s) à la fin de la journée (16 h).

Initiales :      Oui                       Non

**UTILISATION DE L'IMAGE** : J'accepte que mon ou mes enfants figurent dans la photo de son groupe qui sera remise aux campeurs à la fin de la semaine. Je suis conscient que des photos des activités du camp seront prises et affichées sur la page Facebook du Camp Altitude.

Initiales :      Oui                       Non

**ADMINISTRATION DES PREMIERS SOINS** : J'autorise la direction du Camp Altitude à prodiguer tous les soins infirmiers nécessaires. J'autorise également le transport de mon enfant par ambulance dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire si la direction le juge nécessaire. S'il est impossible de nous rejoindre, j'autorise le médecin choisi par les autorités du Camp Altitude à prodiguer à mon enfant tous les soins médicaux requis pour son état, y compris la pratique d'une intervention chirurgicale, des injections, l'anesthésie et l'hospitalisation. J'affirme que les renseignements présents sur le formulaire d'inscription ainsi que la fiche santé sont exacts et complets et que j'ai répondu au meilleur de ma connaissance.

Initiales :      Oui                       Non

## **DÉCHARGE DE RESPONSABILITÉS**

Je reconnais par la présente que je suis conscient(e) des risques reliés à l'escalade intérieure et à l'utilisation des installations, comprenant ce qui suit, sans y être limité :

1. Le fait de glisser, de trébucher ou de tomber de façon douloureuse lors de l'utilisation des installations ou du matériel, des murs d'escalade, des aires de bloc d'escalade, des planchers sous les aires d'escalade, des aires d'entraînement, des salles de bain ou des marches.

2. Toutes blessures entraînées par la chute du participant, y compris mais sans y être limité, une chute sur d'autres personnes, une chute ou un contact avec des murs, des structures ou des cordes ou une chute sur le plancher.

Je comprends que la description de ces risques n'est pas complète et que d'autres risques inconnus ou imprévus peuvent entraîner des blessures ou un décès. En signant cette entente, je renonce à certains droits légaux, y compris celui d'intenter des poursuites judiciaires. Je comprends que les règles et instructions données par les membres du personnel du centre d'escalade Altitude Gym et du Camp Altitude sont importantes pour assurer la sécurité des participant(e)s et doivent être respectées. Je reconnais que j'ai lu et compris cette entente et que j'accepte les risques physiques associés aux activités se déroulant au centre Altitude Gym et au Camp Altitude.

Signature du parent/tuteur légal : \_\_\_\_\_



## **FRAIS D'INSCRIPTION ET MODALITÉS DE PAIEMENT**

- À l'inscription **d'une ou plusieurs journées, la totalité des frais d'inscription** doit être déboursée (Interac, MasterCard, Visa, comptant ou chèque à l'ordre d'Altitude Gym) afin de réserver la place de l'enfant. **AUCUN FORMULAIRE D'INSCRIPTION NE SERA RETENU SANS PAIEMENT.**
- **L'entrée au camp pourra être refusée** si les frais d'inscriptions sont incomplets.
- Des **frais de 25 \$** seront facturés pour tous les **chèques sans provision.**

## **RÈGLEMENTS DE BASE**

Le Camp Altitude se réserve le droit de **mettre fin à l'inscription d'un enfant** qui persiste à nuire au bon fonctionnement du camp et qui ne respecte pas le code de vie du camp. Aucune violence physique ou verbale ne sera tolérée. Après trois avertissements écrits et signés des parents, le participant sera expulsé du camp sans aucun remboursement.

À la fermeture du service de garde, les parents qui arriveront en retard devront déboursier **5 \$ par tranche de 15 minutes** et ce, sur-le-champ, à la personne responsable.

## **POLITIQUE DE REMBOURSEMENT**

- Aucun remboursement ne sera accordé en cas d'absence (maladie, rendez-vous, etc.) à moins d'un motif considéré raisonnable, soit : mortalité dans la famille ou hospitalisation (preuve requise).
- Aucun remboursement ne sera accordé pour une annulation faite moins de sept (7) jours ouvrables avant le début de la semaine pour laquelle l'enfant est inscrit et/ou pendant un programme déjà débuté à moins d'un motif considéré raisonnable, soit : mortalité dans la famille ou hospitalisation (preuve requise).
- En cas d'annulation d'un programme par Altitude Gym, le remboursement des frais est complet.
- Dans le cas d'une absence, durant le séjour du participant, due à une blessure causée au cours d'un programme au sein du Camp Altitude, empêchant la participation active de l'enfant aux activités du camp, un remboursement pourra être effectué selon les journées d'absence.

***J'affirme avoir lu, compris et accepté les renseignements indiqués sur ce formulaire :***

Signature du parent/tuteur légal : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

## FICHE SANTÉ Camp Altitude

### 1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR L'ENFANT

Nom de l'enfant :		Sexe :	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Prénom :		Âge lors du séjour :	
Adresse :		Date de naissance :	
		N° d'assurance-maladie (enfant) :	
Code postal :		Date d'expiration :	
Téléphone :			
Date(s) du séjour :			

### 2. RÉPONDANT(S) DE L'ENFANT

Prénom et nom du PÈRE :	Prénom et nom de la MÈRE :
Téléphone (travail) : Poste :	Téléphone (travail) : Poste :
Cellulaire ou autre numéro :	Cellulaire ou autre numéro :

### 3. EN CAS D'URGENCE

Personne à joindre en cas d'URGENCE : Père et mère <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/>	
Deux autres personnes à joindre en cas d'URGENCE, également autorisées à venir chercher l'enfant :	
Prénom et nom :	Prénom et nom :
Lien avec l'enfant :	Lien avec l'enfant :
Téléphone (rés.) :	Téléphone (rés.) :
Téléphone (autre) :	Téléphone (autre) :

### 4. ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Votre enfant a-t-il déjà subi une intervention chirurgicale?		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Si oui, Date : _____ Raison : _____			
A-t-il déjà eu les maladies suivantes?		Souffre-t-il des maux suivants?	
Varicelle	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Asthme	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Oreillons	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Diabète	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Scarlatine	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Épilepsie	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Rougeole	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Migraines	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Autres, préciser :		Autres, préciser :	



Blessures graves		Maladies chroniques ou récurrentes	
Date :		Date :	
Décrire :		Décrire :	

#### 5. VACCINS ET ALLERGIES

A-t-il reçu le vaccin suivant?	Date	A-t-il des allergies?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Tétanos	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Préciser :

#### 6. MÉDICAMENTS

Votre enfant prend-il des médicaments?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, noms des médicaments :	Posologie :
Les prend-il lui-même? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Préciser :

Si votre enfant doit prendre des médicaments, vous devrez, à votre arrivée au camp de jour, remplir un formulaire d'autorisation de prise de médicament afin que les responsables puissent distribuer le médicament prescrit à votre enfant.

#### 7. AUTRES RENSEIGNEMENTS PERTINENTS

Votre enfant sait-il nager?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> VFI obligatoire <input type="checkbox"/>
Préciser :	
Votre enfant présente-il des problèmes de comportement?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, décrire :	

**Veillez prendre note que toutes les informations concernant l'état de santé de votre enfant demeureront confidentielles. Elles seront transmises uniquement à son animateur et à son responsable afin de permettre un meilleur encadrement ainsi qu'une intervention plus efficace en cas d'urgence. Il est de votre responsabilité de transmettre au camp toute nouvelle information médicale survenue entre la date où cette fiche est remplie et la date d'arrivée au camp de l'enfant.**

\_\_\_\_\_  
Nom et prénom du parent ou tuteur

\_\_\_\_\_  
Signature du parent ou tuteur

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Date