

--	--	--

Réservé au personnel



Formulaire d'inscription - Gatineau Camp de la relâche 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 : _____

Inscription

Frais d'inscription : 55 \$ par jour / 205 \$ par semaine*

*Rabais de 5 \$ pour le 2e (3e, 4e...) enfant de même famille inscrit à une semaine complète.

Dates de camp Relâche québécoise	Cochez les dates désirées s.v.p.	Dates de camp Relâche ontarienne	Cochez les dates désirées s.v.p.
5 mars		12 mars	
6 mars		13 mars	
7 mars		14 mars	
8 mars		15 mars	
9 mars		16 mars	
Nbr total de journées		Nbr total de journées	

\$ total = _____
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) : ____ | ____

Modalités de paiement (Réservé au personnel)	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^e 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 enfant à quitter le camp de jour seul à la fin de la journée (16 h).

Initiales : Oui Non

UTILISATION DE L'IMAGE : J'autorise Altitude Gym à utiliser l'image visuellement photographiée et/ou filmée de mon enfant pour des fins spécifiques d'utilisation et de publication dans des documents imprimés ou électroniques, dépliants, documents corporatifs, outils de promotion, revues, bulletins, site Web et autres documents de même nature, et ce, d'année en année, dans un cadre professionnel. J'accepte que mon enfant figure 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 semaine complète, un dépôt d'au moins 50% des coûts** doit être déboursé (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 DÉPÔT.**
- La balance doit être payée au plus tard **sept (7) jours ouvrables avant la première journée de camp**. Pour une inscription faite à moins de sept (7) jours ouvrables, **le total des frais doit être payé en un versement.**
- À l'inscription **d'une ou plusieurs journées** (ne totalisant pas une semaine complète), **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) :	Téléphone (travail) :
Poste :	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-t-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