



## FICHE D'INSCRIPTION CAMP GN ÉCUYERS

### Renseignements généraux

Nom de l'enfant : _____	Sexe : M _____ F _____
Prénom : _____	Date de naissance : _____
Courriel (optionnel) : _____	Âge lors du séjour : _____ ans
Nom du père (ou tuteur) : _____	Nom de la mère (ou tutrice) : _____
Prénom : _____	Prénom : _____
Adresse : _____ _____	Adresse : _____ _____
Code postal : _____	Code postal : _____
Courriel : _____	Courriel : _____
Téléphone(s) : Résidence : (    ) _____ Cellulaire : (    ) _____ Travail : (    ) _____	Téléphone(s) : Résidence : (    ) _____ Cellulaire : (    ) _____ Travail : (    ) _____

Coordonnées d'une personne autre que les parents ou tuteurs à rejoindre

Nom: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Tél.: (    ) \_\_\_\_\_ Cell.: (    ) \_\_\_\_\_ Travail : (    ) \_\_\_\_\_

Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

Coordonnées de la personne à qui doit être émis le reçu et le relevé d'impôt pour frais de garde d'enfant (Relevé 24)

Nom: \_\_\_\_\_ Courriel: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Numéro d'assurance sociale (résident-e du Québec seulement – obligatoire pour l'obtention du Relevé 24) : \_\_\_\_\_

Tél.: (    ) \_\_\_\_\_ Cell.: (    ) \_\_\_\_\_ Travail : (    ) \_\_\_\_\_

L'enfant aura-t-il des ami(e)s ou parent(s) lors du séjour ? oui \_\_\_\_ non \_\_\_\_ peut-être \_\_\_\_

Si oui, Nom(s) : \_\_\_\_\_

**Choix du séjour**

Date du séjour	8-15 ans <sup>1,2</sup>	Cochez	16 ans <sup>1,3</sup>	Cochez	Autobus <sup>1,4</sup>	Cochez	Sous Total
Semaine 1) 2 au 6 juillet 2018 (5 jours)	450.00 \$		250.00 \$		40.00\$		\$
Semaine 2) 9 au 13 juillet 2018 (5 jours)	450.00 \$		250.00 \$		40.00\$		\$
Semaine 3) 16 au 20 juillet 2018 (5 jours)	450.00 \$		250.00 \$		40.00\$		\$
Semaine 4) 6 au 10 août 2018 (5 jours)	450.00 \$		250.00 \$		40.00\$		\$
<b>TOTAL DES OPTIONS</b>	\$		\$		\$		\$

<sup>1</sup> Les taxes sont incluses dans tous les tarifs indiqués.

<sup>2</sup> Le camp est offert aux jeunes ayant de 8 à 15 ans en date du 1<sup>er</sup> jour de la semaine du camp sélectionnée.

<sup>3</sup> Nouveau en 2018, les jeunes ayant 16 ans en date du 1<sup>er</sup> jour du camp peuvent également participer à tarif réduit.

<sup>4</sup> Veuillez cocher ici s'il s'agit d'un transport par minibus depuis le Métro Longueuil  ou le Terminus Ste-Foy .

**Modalités de réservation, d'inscription et de paiement**

- Vous devez d'abord vérifier qu'il reste des places disponible par courriel à atelier@gn.qc.ca ou par téléphone au (514) 504-9120 avant l'envoi de ce formulaire. La confirmation de l'inscription de votre enfant et de sa place au camp vous sera envoyée au plus tard une semaine après la réception du dépôt, de ce formulaire et de la fiche santé dûment complétés. L'Atelier du loisir se réserve le droit de refuser un participant si nous jugeons ne pas pouvoir assurer l'entière sécurité du participant.
- Le paiement peut être fait par chèque, par mandat poste ou par carte de crédit. Un dépôt d'au moins 50% du montant total est demandé dès la réception de ce formulaire afin de confirmer l'inscription de votre enfant. Le solde (50% restant) doit être reçu ou prélevé au plus tard un mois avant le début du camp. Un reçu vous sera envoyé par courriel (ou par la poste le cas échéant) au plus tard deux semaines après l'encaisse d'un chèque d'un prélèvement par carte de crédit.
- Pour tout paiement par carte de crédit (Visa ou MasterCard seulement), veuillez remplir les informations suivantes :

Nom du détenteur de la carte : \_\_\_\_\_

Numéro : \_\_\_\_\_ Date d'expiration : \_\_\_\_\_ Numéro de sécurité (À l'endos) : \_\_\_\_\_

Prélevez dès réception de ce formulaire le total des frais du séjour soit \$ \_\_\_\_\_

Prélevez 50% des frais du séjour à la réception de ce formulaire soit \$ \_\_\_\_\_ et l'autre 50% un mois avant le camp.

**Modalités de remboursement**

- Les frais de séjour seront remboursés à 100% dans le cas d'une annulation de 61 jours ou plus avant le début du séjour ou si l'activité est annulée par l'Atelier du loisir.
- Les frais de séjour seront remboursés à 50% dans le cas d'une annulation entre 31 à 60 jours avant le début de l'activité.
- Les frais de séjour ne seront pas remboursés dans le cas d'une annulation de 30 jours ou moins avant le début de l'activité.
- Les frais de séjour seront remboursés dans le cas d'une annulation avant le séjour pour des raisons de santé sur présentation d'un billet du médecin. Dans le cas d'un départ avant la fin du séjour pour cause de santé, l'Atelier du loisir rembourse, au prorata de la durée du séjour total, la portion des frais de séjour non consommée moins \$60.00 pour les frais d'administration.
- Les frais de séjour ne seront pas remboursés si le participant ne se présente pas lors du séjour, s'il quitte pour des raisons autres que la maladie ou s'il est expulsé de l'activité pour faute de comportement.

## FICHE SANTÉ POUR GN ÉCUYERS

### Renseignements généraux

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Complétée par :  Parent de l'enfant  Médecin  
 Tuteur de l'enfant  Autre, spécifiez : \_\_\_\_\_

Numéro d'assurance maladie de l'enfant : \_\_\_\_\_ Expiration : \_\_\_\_\_

**(Une PHOTOCOPIE de la carte d'assurance maladie doit être remise au responsable de l'accueil au début du séjour)**

Nom du médecin traitant: \_\_\_\_\_ Clinique ou hôpital : \_\_\_\_\_

Téléphone du Médecin : \_\_\_\_\_

### Antécédents chirurgicaux

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

### Blessures graves

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

### Maladies chroniques ou récurrentes

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

### Autres particularités

Décrire: \_\_\_\_\_ Décrire : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Vaccination

	Oui	Non	Date		Oui	Non	Date
Rougeole :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	Oreillons :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Rubéole :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	DCT :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Autres, précisez :			_____	Polio :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

### Médicaments

Votre enfant prend-il des médicaments:  Oui  Non Les prend-il lui-même :  Oui  Non

Nom du médicament	Posologie
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

## Allergies

	Oui	Non	Précisez		Oui	Non	Précisez
Fièvre des foins :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	Pénicilline :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Herbe à puce :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	Médicaments :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Piqûres d'insectes :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	Arachides, noix :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Animaux :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	Allergie alimentaire :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

Autres, précisez : \_\_\_\_\_

Votre enfant a-t-il droit à de l'adrénaline (Epipen, Ana-Kit) pour ses allergies?  Oui  Non

Si oui, qui est autorisé à conserver et administrer ce médicament et selon quelle posologie ?

Enfant lui-même  Moniteur de l'enfant  Toute personne adulte responsable

### A SIGNER SI VOTRE ENFANT A UNE DOSE D'ADRÉNALINE

Par la présente, j'autorise les personnes désignées par l'Atelier du loisir à administrer selon le besoin en cas d'urgence, la dose d'adrénaline (\_\_\_\_\_) à mon enfant. Signature du parent ou tuteur \_\_\_\_\_

## Participant

Si l'enfant inscrit est une fille, a-t-elle déjà eu ses menstruations ?

Oui  Non, elle n'est pas renseignée  Non, elle est renseignée

## Autorisations et signature

En signant la présente, je confirme les suivantes :

Je confirme l'inscription de l'enfant inscrit en page frontispice et autorise l'Atelier du loisir à procéder à l'encaissement du paiement ci-joint. Je reconnais également avoir pris connaissance des modalités de remboursement.

J'autorise l'Atelier du loisir à prendre des photos et (ou) des vidéos de l'enfant inscrit en page frontispice pendant la durée du séjour et à se servir de ce matériel en tout ou en partie à des fins publicitaires (brochures, revues, journaux, télévision, etc.) Tout le matériel utilisé demeurera la propriété de l'Atelier du Loisir.

J'autorise l'Atelier du loisir à prodiguer tous les soins infirmiers nécessaires pour l'enfant inscrit en page frontispice. Si la direction le juge nécessaire je l'autorise également à transporter cet enfant par ambulance ou autrement, dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire. De plus, s'il est impossible de nous joindre, j'autorise le médecin choisi par les autorités de l'Atelier du loisir à prodiguer à cet enfant durant son séjour, tous les soins médicaux requis par son état, y compris la pratique d'une intervention chirurgicale, des injections, l'anesthésie et l'hospitalisation.

\_\_\_\_\_  
Nom du parent ou tuteur

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

\_\_\_\_\_  
Lieu et date de la signature

**Prière de retourner cette fiche d'inscription, la fiche santé  
et une photocopie de la carte d'assurance maladie**

**À l'adresse suivante :**  
ATELIER DU LOISIR  
800, RUE DE CHÂTEAUGUAY, PORTE 5  
LONGUEUIL, QUÉBEC  
J4H 2L5

OU

**Par courriel :**  
ATELIER@GN.QC.CA