



# FORMULAIRE D'INSCRIPTION CAMP DE JOUR DE LA RELÂCHE 2018 SPORTS LAVAL

Veillez déposer le formulaire complété **AVANT LE 19 FÉVRIER 2018**, à la réception du bureau de Sports Laval situé au 3235, boulevard St-Martin Est, bureau 221, Laval (Québec) H7E 5G8.

## PARTICIPANT

Pendant l'année scolaire, mon enfant fréquente l'école :

Nom :

Prénom :

Adresse :

N° d'appartement :

Ville :

Code postal :

Téléphone :

Date de naissance de l'enfant :

Âge :

Sexe de l'enfant : F  M

Numéro d'assurance maladie :

Date d'expiration :

## ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Votre enfant est-il atteint de maladies chroniques ou récurrentes : OUI  NON

Si oui, préciser : \_\_\_\_\_

Est-il atteint des affections suivantes?	A-t-il des réserves pour la pratique de certaines activités? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Asthme : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Si vous avez coché oui à l'une de ces questions, veuillez fournir plus d'informations (médication, spécificités, etc.)
Hernies : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Épilepsie : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Diabète : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Autre : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

\*\*\*VEUILLEZ NOTER QUE NOUS DEVONS AVOIR L'ORDONNANCE DE VOTRE ENFANT.\*\*\*

## ALLERGIES

Votre enfant a-t-il des allergies? OUI  NON  Si oui, veuillez préciser.

Allergie : \_\_\_\_\_

Médication : \_\_\_\_\_

Allergie : \_\_\_\_\_

Médication : \_\_\_\_\_

Allergie : \_\_\_\_\_

Médication : \_\_\_\_\_

Allergie : \_\_\_\_\_

Médication : \_\_\_\_\_

Votre enfant possède-t-il un dispositif d'adrénaline (EpiPen ou ANAKIT) pour le traitement de ses allergies? OUI  NON

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

L'enfant lui-même

Le moniteur de l'enfant

Tout adulte responsable

Posologie : \_\_\_\_\_

## PERMISSION DE DÉPART

J'autorise mon enfant à quitter le camp de jour seul  à pied  en transport en commun

ou en compagnie de : Nom : \_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_

Mot de passe pour récupérer l'enfant : \_\_\_\_\_

## CONTACT EN CAS D'URGENCE

Personne à contacter en cas d'urgence :

Lien avec l'enfant :

Téléphone à domicile :

Téléphone au travail :

Téléphone cellulaire :

Autre :

**PAYEUR** — Pour obtenir un reçu, veuillez remplir cette section. Pour obtenir un reçu aux fins de l'impôt (relevé 24), veuillez inscrire votre numéro d'assurance sociale.

Nom :

Prénom :

Courriel :

Adresse (si différente de celle de l'enfant) :

Code postal :

Téléphone à domicile :

Numéro d'assurance sociale du payeur :

**COÛT**—Aucun remboursement ne sera accepté sauf sur présentation d'un certificat médical. Des frais administratifs de 15% seront toutefois retenus.-

Camp de jour de 9h00 à 16h00 : **80\$**

2e enfant : **75\$**

3e enfant : **70\$**

Service de garde : de 7h00 à 9h00 et de 16h00 à 18h00 : **30,00\$**

TOTAL : CDJ :

SDG:

MONTANT TOTAL :

## MODE DE PAIEMENT

**Sports Laval ne détient pas de service de cartes bancaires, vous trouvez ci-dessous les options possibles.**

Comptant :

Chèque :  (à l'ordre de Sports Laval)

## AUTORISATION PARENTALE

J'autorise Sports Laval, Sports Québec la Fondation des Jeux du Québec à utiliser à des fins promotionnelles dans diverses publications des photos ou des films où figure mon enfant, lesquels seront réalisés lors du camp de jour et demeureront la propriété de Sports Laval.

Oui

Non

Signature du parent ou du tuteur : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

En signant la présente, j'autorise la direction du camp de jour à prodiguer tous les soins infirmiers nécessaires. Si la direction le juge nécessaire, je l'autorise également à transporter mon enfant, par ambulance ou autrement, dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire.

Signature du parent ou du tuteur : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Pour plus d'informations, veuillez contacter Véronique Rainville au 450-664-1917 p.207 ou par courriel à : [camp@sportslaval.qc.ca](mailto:camp@sportslaval.qc.ca)