

## IMPORTANT DE JOINDRE UNE PHOTO RÉCENTE AVEC LE FORMULAIRE

### LE CAMPEUR ou LA CAMPEUSE

Prénom légal : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

Prénom usuel (si différent) : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
JJ MM AAAA

Taille : \_\_\_\_ m / \_\_\_\_ pi

Poids : \_\_\_\_ kg / \_\_\_\_ lbs

Âge lors du séjour : \_\_\_\_\_ Ass. Maladie : \_\_\_\_\_ Exp : \_\_\_\_\_ Sexe :  M  F  X

### LES PARENTS ou TUTEURS.TRICES

Prénom/Nom tuteur.trice 1	_____	Prénom/Nom tuteur.trice 2	_____
Lien avec l'enfant	_____	Lien avec l'enfant	_____
Adresse	_____	Adresse	_____
Ville + Code postal	_____	Ville + Code postal	_____
Téléphone : (Rés/Bur)	_____	Téléphone : (Rés/Bur)	_____
(Cell)	_____	(Cell)	_____
Courriel :	_____	Courriel :	_____
Langue de correspondance	<input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Hlais	Langue de correspondance	Fra <input type="checkbox"/> s Anglais <input type="checkbox"/>

### OBLIGATOIRE : RÉFÉRENCES EN CAS D'URGENCE – AUTRES QUE LES PARENTS OU TUTEURS.TRICES

Prénom/Nom réf. 1	_____	Prénom/Nom réf. 2	_____
	<b>** Pas un parent/tuteur</b>		<b>** Pas un parent/tuteur</b>
Lien avec l'enfant	_____	Lien avec l'enfant	_____
Téléphone : (Rés/Bur)	_____	Téléphone : (Rés/Bur)	_____
(Cell)	_____	(Cell)	_____

Programmes 6 jours	ÂGE	24 au 27 juin	30 juin au 4 juillet	7 au 11 juillet	14 au 18 juillet	21 au 25 juillet	28 juillet au 1er août	4 au 8 août	11 au 15 août
Camp de jour (160\$ par semaine) *semaine 1 : 128\$ pour 4 jours	6 à 15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Repas 5 jours (62.50\$ par semaine)	6 à 15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Service de garde – Matin (Gratuit)	6 à 15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Service de garde – Matin (Soir)	6 à 15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### JUMELAGE DEMANDÉ

Mon enfant veut être jumelé avec :

Sa date de naissance :

*Doivent avoir le même âge, le même genre et être dans le même programme*

### RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

	OUI	NON
Votre enfant sait-il nager ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre enfant a-t-il des restrictions pour certaines activités ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si oui, précisez : _____		
RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX		
Votre enfant a-t-il déjà eu l'une des maladies suivantes :	OUI	NON
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otite à répétition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eczéma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varicelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre, précisez : _____		
Votre enfant a-t-il reçu les vaccins suivants :	OUI	NON
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rougeole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Y-a-t-il d'autres informations que vous voudriez nous communiquer sur son état de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, précisez : _____		

MÉDICAMENTS		
Votre enfant doit-il prendre des médicaments pendant son séjour ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
Nom du médicament :	Fonction du médicament :	Posologie :
J'autorise le personnel du P'tit Bonheur à administrer à mon enfant des médicaments en vente libre, selon la posologie appropriée :	OUI	NON
Tylenol (Acétaminophène)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Advil (Ibuprofène)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bénadryl (Diphenhydramine)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gravol (Dimenhhydrinate)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sirop contre la toux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ALLERGIES / INTOLÉRANCES / RESTRICTIONS ALIMENTAIRES		
Est-ce que ce campeur ou cette campeuse :	OUI	NON
A besoin d'un <b>auto-injecteur d'épinéphrine</b> (Epipen) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffre d'une ALLERGIE aux <b>piqûres d'insectes</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffre d'une ALLERGIE à des <b>médicaments</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, précisez : _____		
<b>** POUR DES RAISONS DE SÉCURITÉ, NOUS N'ACCEPTONS AUCUN ENFANT SOUFFRANT D'ALLERGIE AU SOYA OU SULFITES **</b>		
Est-ce que ce campeur ou cette campeuse a :	OUI	NON
<b>Des allergies alimentaires</b> – avec Epipen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, précisez : _____		
<b>Des intolérances alimentaires</b> – sans Epipen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, précisez : _____		
<b>Des restrictions alimentaires</b> – (maladie de Crohn, maladie cœliaque, restrictions d'ordre religieux ou végétarisme) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>** NOTEZ QUE NOUS NE SERVONS PAS DE RÉGIME VÉGÉTALIEN OU HALAL, seulement végétarien **</b>		
Si oui, précisez : _____		
<b>D'autres formes d'allergies</b> (animaux, etc.) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, précisez : _____		

INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES		
Votre enfant a-t-il reçu l'un des diagnostics suivants :	OUI	NON
Trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trouble du déficit de l'attention sans hyperactivité (TDA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déficience intellectuelle légère (DI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Syndrome de Gilles de la Tourette (SGT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Trouble du spectre de l'autisme (TSA), anciennement appelé TED	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trouble obsessionnel compulsif (TOC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anxiété généralisée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dépression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles de langage (Dysphasie, dyslexie, dyspraxie ou autre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trouble de comportement/trouble de la conduite (TC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trouble grave du comportement (TGC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles moteurs, physiques et/ou sensoriels (ex : auditif, visuel ou autre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres (Précisez) * : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Y a-t-il des particularités du ou des diagnostics identifier plus haut ? **OUI**  **NON**

Si OUI, veuillez préciser.

---



---

Votre enfant est-il anxieux, craintif et/ou insécure face à certaines situations? **OUI**  **NON**

Si OUI, veuillez préciser.

---



---

Votre enfant a-t-il des difficultés particulières avec la nouveauté? **OUI**  **NON**

Si OUI, veuillez préciser.

---



---

Votre enfant a-t-il des difficultés ou réactions particulières à l'égard de l'autorité, des règlements et des routines?

**OUI**  **NON**

Si OUI, veuillez préciser.

---



---

Votre enfant est-il susceptible de faire preuve d'agressivité ou de faire des crises lors de son séjour au camp?

**OUI**  **NON**

Si OUI, veuillez préciser.

---



---

L'arrêt d'agir physique est-il nécessaire? **OUI**  **NON**

Y a-t-il des interventions à favoriser pour aider votre enfant s'il vit des difficultés? **OUI**  **NON**

Si OUI, veuillez préciser. Ex : Des conseils, des trucs à nous suggérer comme ceux utilisés à l'école

---



---

Votre enfant a-t-il déjà fréquenté un camp de vacances ou camp de jour? **OUI**  **NON**

Si OUI, veuillez indiquer le nom du camp, ainsi que des détails sur son séjour.

---



---

Votre enfant a-t-il déjà fréquenté un camp du P'tit Bonheur? **OUI**  **NON**

Si OUI, veuillez indiquer le nom du programme, ainsi que des détails sur l'année de son séjour.

---



---

Y a-t-il des détails à savoir sur le comportement de l'enfant à l'école ? **OUI**  **NON**

Si OUI, veuillez indiquer le type de suivi avec l'intervenant.e, système de récompense, trucs et suggestions...

---



---

L'enfant fréquente-t-il une école ou une classe spécialisée? **OUI**  **NON**

Si OUI, veuillez préciser :

---

Remarques importantes, besoins particuliers, informations pertinentes à connaître pour assurer un bon fonctionnement ? **OUI**  **NON**   
Si OUI, veuillez préciser :

SITUATION FAMILIALE (joindre une copie de l'avis de cotisation)

Nombre de personnes dans la famille :            Adulte.s \_\_\_\_\_            Enfant.s \_\_\_\_\_            Revenu familial du foyer \_\_\_\_\_

AUTORISATION PARENTALE ET POLITIQUE

- J'accepte les politiques du P'tit Bonheur et j'autorise mon enfant à participer à toutes les activités du Camp d'été du P'tit Bonheur.
  - Par la présente, je certifie que les renseignements fournis sur la fiche d'inscription de mon enfant sont exacts et j'autorise le personnel du camp à donner les médicaments sous ordonnances et soins médicaux appropriés et à prendre les dispositions nécessaires recommandées par un.e professionnel.le de la santé.
  - Dans l'impossibilité de nous joindre, j'autorise un.e médecin à prodiguer à mon enfant tous les soins médicaux requis par son état (interventions chirurgicales, transfusions, anesthésies, injections ou hospitalisation).
  - Je m'engage, par le fait même, à défrayer le coût des soins administrés à mon enfant, le cas échéant.
  - J'accepte également le retour hâtif de mon enfant à la maison sans remboursement pour raisons de mauvais comportement, de possession et consommation de drogue ou autres raisons jugées sérieuses par la direction. Un.e enfant peut également être retourné.e à la maison pour des raisons de contagion.
  - En cas d'annulation avant le début du séjour, la totalité sera remboursée à l'exception du dépôt.
- J'autorise sablon à utiliser des photos ou films de mon enfant pris lors de son séjour à des fins publicitaires ?**  
**OUI**  **NON**

PERSONNE AYANT COMPLÉTÉ LE FORMULAIRE :

Nom de la municipalité (si applicable) : \_\_\_\_\_

Nom de l'intervenant.e ou du parent : \_\_\_\_\_

Coordonnées d'une personne ressource provenant de la municipalité (obligatoire) ET QUI SERA DISPONIBLE DURANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT :

\_\_\_\_\_

Signature du parent : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

**OU**

Signature de l'intervenant.e: \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

(au nom du.des parent.s)

**IMPORTANT DE JOINDRE UNE  
PHOTO RÉCENTE AVEC LE FORMULAIRE**