



# FICHE D'INSCRIPTION BASE DE PLEIN AIR AIR-EAU-BOIS

## Renseignements concernant le campeur

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance (AAAA/MM/JJ) : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_ Sexe : M ( ) F ( )  
 N° ass. Maladie : \_\_\_\_\_ Date d'expiration : \_\_\_\_\_  
 C'est ma \_\_ année a Air-Eau-Bois J'habite chez : mes parents ( ) mon père ( ) ma mère ( )

## Les parents (parent responsable / tuteur légal)

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 N° civique : \_\_\_\_\_ Rue : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
 Province : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_  
 N° téléphone maison : \_\_\_\_\_ N° téléphone travail : \_\_\_\_\_  
 N° téléphone cellulaire : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

FACTURATION	Code de séjour	Total incluant les taxes
Séjour 1		
Séjour 2		
<b>Grand total</b>		
<b>Rabais si applicable</b>		
Transport (aller-retour de Gatineau secteur Hull) ( ) Oui ( ) Non		35, 00\$
<b>TOTAL</b>		<b>150,00\$</b>
<b>Dépôt de réservation (lors de l'inscription)</b>		
<b>SOLDE (À payer au plus tard 4 semaines avant le début du séjour)</b>		

Note : Des frais d'inscription de 50,00\$ **non remboursables** sont inclus dans le coût du séjour.  
 Politique d'annulation : Aucun remboursement dans les trois semaines précédant le début du séjour sauf en cas de force majeure (e. g. avec billet du médecin).

N°: \_\_\_\_\_  
 ( ) Visa ( ) Mastercard date d'expiration: (mm/aa) \_\_\_\_/\_\_\_\_

le solde sera payé par: ( ) visa ( ) mastercard ( ) chèque

À qui faire le reçu? Les deux ( ) Père ( ) Mère ( )  
 N° ass. sociale du père: \_\_\_\_\_ N° ass. sociale de la mère: \_\_\_\_\_  
 (nécessaire pour l'émission du relevé 24 pour l'impôt)

### CONSENTEMENT (VEUILLEZ LIRE ATTENTIVEMENT)

Nous donnez-vous la permission d'administrer des médicaments sans ordonnances?

( ) Oui ( ) Non **Signature:** \_\_\_\_\_

En cas d'accident majeur, j'autorise La base de plein air Air-Eau-Bois inc. ou ses représentants à transporter mon enfant à l'hôpital le plus près.

( ) Oui ( ) Non **Signature:** \_\_\_\_\_

Je soussigné, reconnais que la base de plein air Air-Eau-Bois inc. ou ses mandataires pourront prendre des photographies ou enregistrer des films sur lesquels mon enfant pourrait figurer. Je les autorise à utiliser son image, sa ressemblance, dans des médias tels que revues, journaux, dépliants etc. Il est expressément entendu que son nom ne pourra être utilisé à des fins publicitaires. Tout le matériel demeurera la propriété de la Base de plein air Air-Eau-Bois inc.

( ) Oui ( ) Non **Signature:** \_\_\_\_\_



Base de plein air Air Eau Bois  
32 ch. Base de plein air  
Denholm, Québec  
J8N 9P6

tél : 819.457.4040  
télé : 819.457.4954  
aireauboiss@gmail.com

## FICHE SANTÉ DU CAMPEUR

PRÉNOM DE L'ENFANT:	NOM DE L'ENFANT
N° assurance maladie:	Date d'expiration:
Date de naissance:	Sexe:                    F                    M
Code de séjour:	Dates du séjour:

### INFORMATIONS MÉDICALES

Votre enfant <i>souffre-t-il ou a-t-il déjà souffert</i> des troubles suivants...	oui	non
1. Asthme ou autres troubles respiratoires		
2. Épilepsie		
3. Diabète		
4. Allergies (si oui, veuillez remplir le formulaire d'allergies sévères)		
5. Intolérances alimentaires		
6. Problèmes de comportement		
7. Autre(s), veuillez préciser:		

Votre enfant a-t-il tendance à...	oui	non
1. S'évanouir		
2. Être somnambule		
3. Être incontinent au lit		
4. Avoir des indigestions		
5. Avoir le vertige		
6. Saigner du nez		
7. Autre(s), veuillez préciser:		

Votre enfant a-t-il reçu les vaccins suivants:	oui	non
1. Rougeole		
2. Oreillons		
3. Polio		
4. DCT (diphtérie, coqueluche et tétanos)		
5. Rubéole		

## AUTORISATION MÉDICALE

J'autorise les membres du personnel de la Base de plein air Air-Eau-Bois à prodiguer à mon enfant les soins de santé nécessaires. J'autorise également la Base de plein air Air-Eau-Bois à transporter mon enfant par ambulance ou autrement (à mes frais) et à le faire admettre dans un établissement de santé. En cas d'urgence, s'il est impossible de nous joindre (parents/tuteurs et personnes à contacter en cas d'urgence), j'autorise le médecin à prodiguer tous les soins requis par son état.

À noter que dans l'éventualité de cas de contagion (conjonctivite, grippe, pédiculose, etc.), le camp n'assume en aucun cas le coût des médicaments ou des traitements requis. La responsabilité en revient au parents ou au responsable de l'enfant.

Signature (parent/tuteur) : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

## AUTORISATION D'ADMINISTRER DES MÉDICAMENTS EN VENTE LIBRE

En cas d'urgence, les moniteurs ou coordonnateurs doivent avoir votre autorisation afin d'administrer des médicaments à votre enfant.

J'autorise la Base de plein air Air-Eau-Bois d'administrer à mon enfant un ou plusieurs des médicaments suivants:

- Acétaminophène (ex: Tylenol)
- Anti-inflammatoire (ex: Advil)
- Anti-histaminique (ex: Bénédryl, Réactine, etc.)
- Autre(s), veuillez préciser : \_\_\_\_\_

### MÉDICAMENTS

Votre enfant prend-t-il des médicaments sur une base régulière	oui	non
--	-----	-----

Si oui, inscrivez le nom du médicament et sa posologie:

Je \_\_\_\_\_ autorise le personnel de la Base de plein air Air-Eau-Bois à administrer à mon enfant le(s) médicament(s) mentionné(s) ci-dessus et je m'engage à fournir la prescription médicale (ou sa photocopie), la quantité requise du médicament ainsi qu'un contenant hermétique au moniteur au début du séjour au camp de vacances.

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE	
1. NOM:	PRÉNOM:
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE 1: (        )	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE 2: (        )
Lien avec l'enfant:	
2. NOM:	PRÉNOM:
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE 1: (        )	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE 2: (        )
Lien avec l'enfant:	

Nom du médecin traitant : \_\_\_\_\_

Clinique ou hôpital : \_\_\_\_\_

Téléphone du médecin : \_\_\_\_\_

La direction de la Base de plein air Air-Eau-Bois vous recommande fortement de demander à votre pharmacien de mettre les médicaments de prescription de votre enfant dans le système *Dispil*<sup>TM</sup>. Ce système permet d'assurer un suivi plus étroit de la prise de médicaments. Vous devez vous assurer de remettre aux moniteurs responsables de votre enfant la quantité de médicaments appropriée pour la durée du séjour. Vous devez écrire sur le contenant du médicament les informations suivantes: nom de l'enfant, nom du médicament, posologie, nom et coordonnées du pharmacien et nom et coordonnées du médecin.

Par la signature de ce formulaire, j'atteste que les renseignements donnés sont conformes. Je m'engage également à informer la direction de la Base de plein air Air-Eau-Bois si des modifications au dossier médical surviennent avant le séjour de mon enfant.

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

## FORMULAIRE POUR LES ALLERGIES SÉVÈRES

Voici le formulaire à compléter pour les enfants présentant des allergies sévères (aliments, insectes).

<i>PHOTOGRAPHIE RÉCENTE DE L'ENFANT</i>	NOM:
	ÂGE:
	ADRESSE:
	VILLE:
	NUMÉROS DE TÉLÉPHONE: (        )  (        )
	N° D'ASSURANCE MALADIE:
	ALLERGIES:

Votre enfant possède-t-il un dispositif d'auto-injection automatique d'adrénaline (ex: epipen, twin-ject, etc.)?      OUI : \_\_\_\_\_      NON : \_\_\_\_\_

\* La Base de plein air Air-Eau-Bois vous recommande fortement de fournir **au minimum 2 dispositifs** d'auto-injection automatique d'adrénaline à votre enfant en raison de l'éloignement des services médicaux d'urgence.

Commentaires:

---

---

---

### Conduite à adopter en cas de contact avec l'allergène:

1. Si le contact avec l'allergène est suspecté, donner: (ex: épinéphrine, bédryl)

---

---

---

2. Appeler les ambulanciers ou amener immédiatement l'enfant à l'hôpital
3. Appeler le responsable de l'enfant

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

N° de téléphone : \_\_\_\_\_

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