



AVIRON LACHINE
2901, boul. Saint-Joseph
Lachine (Québec) H8S 4B7
Tél. : (514) 514-639-0006
www.avironlachine.ca

CAMP DE JOUR (8-15 ans, à la semaine) ÉTÉ 2019

INSTRUCTIONS : Complétez, imprimez et signez le formulaire aux 2 endroits indiqués, avant de le retourner à Aviron Lachine avec votre paiement. Utilisateurs du fichier Excel : avancez dans le formulaire avec la touche TAB, imprimez et signez.

IDENTIFICATION DU RAMEUR

Nom	_____	Prénom	_____	M	<input type="checkbox"/>	F	<input type="checkbox"/>	
				Cochez une case.				
Date de naissance	__ / __ / ____	N° assurance maladie (RAMQ)	_____					
	jj	mm	aaaa					
Adresse	_____						App.	_____
Ville	_____	Province	_____	Code Postal	_____			
Courriel	_____			Taille (cm ou pouces)	_____			

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

A-t-il peur de l'eau ?	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Sait-il nager ?	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
A-t-il participé au camp 2018 ou autre?	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>					
A-t-il des frères ou des sœurs au camp ?	_____								
Demeure-t-il avec ses deux parents ?	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>					
Sinon, il demeure avec :	Mère	<input type="checkbox"/>	Père	<input type="checkbox"/>	Garde partagée	<input type="checkbox"/>			

AUTORISATION PARENTALE - PRISE DE PHOTOS

J'autorise le Club Aviron Lachine à utiliser des photos ou des films des activités estivales où mon enfant figure et ce, à des fins de promotion dans les diverses publications de la municipalité (brochures, dépliants, portail, site Web, etc.). Tout le matériel utilisé demeurera la propriété du Club Aviron Lachine.

Oui Non



FRAIS

200,00 \$ par semaine (incluant un T-shirt aux couleurs du Camp Aviron Jour)

Cochez la grandeur

S

M

L

Veuillez libeller votre chèque au nom de **Club Aviron Lachine** et faire parvenir les documents à l'adresse suivante : 2901 boul. St-Joseph, Lachine (Québec) H8S 4B7

NOTE

Le paiement complet des frais de séjour de votre enfant est exigé lors de l'inscription. Il y aura remboursement uniquement pour cause de maladie.

SÉLECTIONNEZ LA OU LES SEMAINE(S) DE VOTRE CHOIX :

24 juin 2019

22 juillet 2019

1 juillet 2019

29 juillet 2019

8 juillet 2019

5 août 2019

15 juillet 2019

12 août 2019

RETOUR À LA MAISON DE L'ENFANT:

Se fait seul Ou accompagné par: _____

Vous avez des questions ?

info@avironlachine.ca

Téléphone : (514) 639-0006

AUTRES INFORMATIONS

J'accepte que le Club Aviron Lachine transmette à l'Arrondissement Lachine des informations nominatives sur mon enfant dans le cadre d'une demande de subvention.

J'accepte de recevoir par courriel les informations relatives pour les différentes activités du Club.

Signature

(Parent ou tuteur)

Imprimer le formulaire et le signer aux 2 endroits indiqués.

Date _____ / _____ / _____

jj mm aaaa

Nom

(Parent ou tuteur)



FICHE SANTÉ

VOTRE ENFANT SOUFFRE-T-IL : (cochez les cases appropriées)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Épilepsie |
| <input type="checkbox"/> Maladie de cœur | <input type="checkbox"/> Diabète |
| <input type="checkbox"/> Maladie de peau | <input type="checkbox"/> Autres (spécifiez) |

Intolérances alimentaires _____

Allergies Si oui, lesquelles ? _____

Identifiez la réaction allergique : _____

Votre enfant possède-t-il un système d'auto injection d'épinéphrine (ÉPIPEN ou TWINJECT) ? Oui Non

Inscrivez toutes autres informations pertinentes ou complément d'information que nous devrions savoir sur votre enfant :

PERSONNE À JOINDRE EN CAS D'URGENCE

Nom : _____ Prénom : _____

Lien avec l'enfant : _____

Téléphone : Rés. _____ Bur. _____

Cell. _____ Autre information: _____

REÇU D'IMPÔT

Nom du parent pour le reçu d'impôt: _____

AUTORISATIONS PARENTALES

J'autorise le personnel du camp à faire en sorte que soient prodigués à mon enfant tous les soins nécessaires à son état. J'accepte également que mon enfant soit transporté, en cas d'urgence, par ambulance (à mes frais) ou autrement et à le faire admettre dans un établissement médical. S'il est impossible de me rejoindre j'autorise le médecin de cet établissement à prodiguer à mon enfant tous les soins médicaux requis par son état (intervention chirurgicale, transfusion anesthésie, etc.).

Signature _____ Date _____ / _____ / _____
(Parent ou tuteur) **Imprimer le formulaire et le signer aux 2 endroits indiqués.** jj mm aaaa

Nom _____
(Parent ou tuteur)