



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

## CAMP AVIRON ADO (8-15 ans, tout l'été) 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	_____	Cochez une case.			
				M	<input type="checkbox"/>	F	<input type="checkbox"/>
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

Du 24 juin au 16 août 2019 (du lundi au vendredi)

- 395 \$ abonnement demi-journée (9h à midi)
- 495 \$ abonnement journée complète (9h à 16h)

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

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

Nom \_\_\_\_\_  
(Parent ou tuteur)

## REÇU D'IMPÔT

Nom du parent pour le reçu d'impôt: \_\_\_\_\_

## RETOUR À LA MAISON DE L'ENFANT:

Se fait seul  Ou accompagné  par: \_\_\_\_\_

**Vous avez des questions ?**

info@avironlachine.ca  
Téléphone : (514) 639-0006



## 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: \_\_\_\_\_

### 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)