



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

## CAMP DE JOUR (8-15 ans, à la semaine) ÉTÉ 2020

**INSTRUCTIONS :** Complétez, imprimez et signez le formulaire aux 2 endroits indiqués, avant de le retourner à Aviron Lachine avec votre paiement. Virement Interac possible. 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 2019 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

**120,00 \$ par semaine (pour demi-journée en avant-midi ou après-midi selon disponibilité)**

- 1) Faites le virement à l'adresse courriel : [tresorier@avironlachine.ca](mailto:tresorier@avironlachine.ca) et la réponse à la question de sécurité: Aviron
- 2) Dans la section message, indiquez le prénom et le nom pour qui le paiement est fait et la nature du frais.

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

<input type="checkbox"/> 22 juin 2020	<input type="checkbox"/> 20 juillet 2020	<input type="checkbox"/> 17 août 2020
<input type="checkbox"/> 29 juin 2020	<input type="checkbox"/> 27 juillet 2020	
<input type="checkbox"/> 6 juillet 2020	<input type="checkbox"/> 3 août 2020	
<input type="checkbox"/> 13 juillet 2020	<input type="checkbox"/> 10 août 2020	

## RETOUR À LA MAISON DE L'ENFANT:

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

**Vous avez des questions ?**

[info@avironlachine.ca](mailto: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.

Le Club d'aviron Lachine respecte des consignes sanitaires très strictes, mais ne peut être tenu responsable de la propagation de maladies contagieuses, incluant la COVID-19.

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)