



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 2021

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 2020 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

125,00 \$ par semaine (pour demi-journée en avant-midi)

125,00 \$ par semaine (pour demi-journée en après-midi)

- 1) Faites le virement à l'adresse courriel : 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 :

28 juin 2021

26 juillet 2021

5 juillet 2021

2 août 2021

12 juillet 2021

9 août 2021

19 juillet 2021

16 août 2021

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.

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 POUR ACTIVITÉ PHYSIQUE ET NON PAS POUR DES FRAIS DE GARDE

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)