



CAMP SABLE CHAUD

530 ST-PHILIPPE
AMQUI QC. G5J 2P1

Téléphone : 418-629-3747
Télécopieur : 418-629-1665
Courriel: campsablechaud@hotmail.com
Site Web : www.campsablechaud.com

SAISON 2018 Fiche d'inscription

Nom : _____ Prénom : _____

Assurance maladie du campeur : _____ Date expiration : _____

Père (nom et prénom) _____ Mère (nom et prénom) _____

Adresse : _____ Ville : _____ Prov. _____ Code Postal _____

Tél. résidence : _____ Autre : _____ Courriel: _____

Sexe : M ___ F ___ Date de naissance : _____ Âge : _____

Séjour choisi : Plein-air ___ Spécialisé ___ 2 nuitées ___ Spécifiez séjour : 1er choix _____ 2e choix _____

Référé par un organisme, CLSC ou autre: oui ___ non ___

Nom du contact : _____ Téléphone du contact : _____

Comment avez-vous eu l'information sur le Camp? _____

	DURÉE	ÂGE	SÉJOUR	TOTAL TAXES	ACOMPTE 25%	SOLDE	DATES	# séjour
initiation Plein-air	3 jours	6 à 15 ans	199,00 \$	228,80 \$	57,20 \$	171,60 \$	1-6 juillet	1
							8-13 juillet	2
							15-20 juillet	3
	6 jours	6 à 15 ans	389,00 \$	447,25 \$	111,80 \$	335,45 \$	21-26 juillet	4
							29 -07 au 3-08	5
	12 jours	6 à 15 ans	709,00 \$	815,17 \$	203,80 \$	611,37 \$	15-26 juillet	¾

	Spécialité	ÂGE	SÉJOUR	TOTAL	ACOMPTE	SOLDE	DATES	# SÉJOUR
Camps Spécialisés								
	Explo-canot	9 à 15 ans	419,00 \$	481,75 \$	120,45 \$	361,30 \$	8-13 juillet	2
	voile	9 à 15 ans	409,00 \$	470,25 \$	117,55 \$	352,70 \$	15-20 juillet	3
	Voile 12 jrs	9 à 15 ans	719,00 \$	826,67 \$	206,65 \$	620,02 \$	15-26 juillet	¾
	médiéval	9 à 15 ans	409,00 \$	470,25 \$	117,55 \$	352,70 \$	29 -07 au 3-08	5
	intégration			849,00 \$	976,14 \$	244,04 \$	732,10 \$	Selon

							disponibilité	
	Camp jour à la journée	6 à 15 ans	25,00 \$	28,74 \$	-----	28,74 \$	25 juin - 18 août	
	Camp jour à la semaine	6 à 15 ans	100,00 \$	114,98 \$	-----	114,98 \$	25 juin - 18 août	

INSCRIPTION	<ul style="list-style-type: none"> Des frais d'inscription de 25% du séjour sont demandés et ceux-ci constituent la partie non-remboursable sauf en cas d'annulation de la part du Camp. Escompte de 50\$ pour le 2e enfant et les suivants d'une même famille pour les camps sauf le séjour 2 nuitées.
--------------------	---

MODALITÉS DE PAIEMENT	<ul style="list-style-type: none"> Au moment de l'inscription, vous devez nous faire parvenir un versement couvrant les frais d'inscription de 25% payable immédiatement. Par la suite, nous vous ferons parvenir un état de compte pour la balance des frais avec une confirmation de l'inscription. Cette confirmation tiendra compte des rabais applicables.
------------------------------	--

MODALITÉS DE REMBOURSEMENTS	<ul style="list-style-type: none"> Les frais de séjour ne seront pas remboursés si le campeur ne se présente pas au Camp lors du séjour ou s'il quitte pour des raisons autres que la maladie. Dans le cas d'un départ avant la fin du séjour pour cause de santé (avec présentation d'un billet médical) ou dans l'éventualité où le Camp expulse le campeur, le Camp rembourse la portion des frais de séjours non consommée en se gardant 10% du prix de service qui n'a pas été consommé par le client.
------------------------------------	--

PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE (AUTRES QUE LES PARENTS)

1. Nom et prénom : _____ Téléphone : _____

Adresse: _____ Lien avec l'enfant : _____

2. Nom et prénom : _____ Téléphone : _____

Adresse : _____ Line avec l'enfant : _____

RELEVÉ 24 (PARENT OU TUTEUR AUQUEL LE RELEVÉ POUR FINS D'IMPÔT DOIT ÊTRE ÉMIS)

Nom : _____ Prénom : _____

Assurance sociale (parent) : _____

Adresse : _____ Province : _____

Ville : _____ Code Postal : _____

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION DU CAMP SABLE CHAUD

DATE	VERSEMENT	NOTE	MODE	INITIALES

FICHE MÉDICALE

Nom : _____ Prénom : _____

Assurance-maladie : _____ Date d'expiration : _____

VOTRE ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU UNE INTERVENTION CHIRURGICALE ? OUI _____ NON _____

Si oui veuillez spécifier : _____ Date _____ Résultat _____

Autres blessures graves : _____ Date _____ Résultat _____

Maladies chroniques : _____ Date _____ Résultat _____

Antécédents médicaux

A-t-il (elle) déjà eu?				Souffre-t-il de?			
	OUI	NON	DATE		OUI	NON	DATE
Otites				Asthme			
Oreillons				Hernies			
Varicelle				Épilepsie			
Rougeole				Diabète			
Scarlatine							
Autres				Autres			

Vaccination			Allergies		
	OUI	NON		OUI	NON
Rougeole			Fièvre des foins		
Rubéole			Herbes à puce		
Oreillons			Piqûres d'insectes		
DCT			Animaux		
Polio			Pénicilline		
			Arachides		
			Alimentaire		
Autres			Autres		

Votre enfant a-t-il en sa possession sa dose d'adrénaline (Épipen) en fonction de ses allergies? Oui _____ Non _____

Votre enfant prend-t-il des médicaments, si oui lesquels? _____

Présent-il des problèmes de comportement? _____

Mouille-t-il son lit? _____ Fréquence _____

Est-il somnambule? _____ Fréquence _____

Porte-t-il des prothèses particulières? _____ Précisez _____

Y-a-t-il des réserves pour certaines activités? _____ Précisez _____
Pour les filles' a-t-elle eu ses premières menstruations? _____ Si non est-elle renseignée? _____
Autres particularités _____

N.B. Si l'état de santé de votre enfant change entre son entrée au Camp et son état actuel décrit sur cette fiche médicale, vous êtes dans l'obligation de nous avertir à son arrivée pour que les ajustements soient faits.

AUTORISATION DES PARENTS

1. Je soussigné(e) reconnais avoir pris connaissance des conditions d'admission et des conditions de remboursement du Camp et je m'engage à les respecter.
2. Par la présente, j'autorise la direction du Camp à prodiguer tous les soins infirmiers nécessaires. Si la direction le juge nécessaire, je l'autorise également à transporter mon enfant, par ambulance ou autrement dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire. De plus, s'il est impossible de nous joindre, j'autorise le médecin choisi par les autorités du Camp à prodiguer à mon enfant séjournant au Camp tous les soins médicaux requis par son état, y compris la pratique d'une intervention chirurgicale, des injections, l'anesthésie et l'hospitalisation. Advenant le cas d'achat de prescription, celles-ci sont aux des des parents.
3. J'autorise également les personnes désignées par le Camp à administrer à mon enfant (S'il y a lieu), selon le besoin et en cas d'urgence, la dose d'adrénaline prévue par sa prescription. J'autorise également les personnes désignées par le Camp à administrer des médicaments(aspirine, tyléno, gravol,etc.) selon les soins requis par son état.
4. J'autorise également le Camp Sable Chaud et l'Association des Camps du Québec à prendre des photos et/ou des vidéos de mon enfant dans la pratique d'activités du Camp pendant la durée de son séjour. Je les autorise à utiliser ce matériel et tout ou en partie à des fins publicitaires, telles brochures, revues, journaux, télévision, etc. Tout le matériel utilisé demeurera la propriété du Camp Sable Chaud.

En foi de quoi, j'ai signé _____
Date Signature du parent ou tuteur

Signature de l'enfant de plus de 14 ans

TRÈS IMPORTANT DE COMPLÉTER LA PARTIE DU FORMULAIRE QUI SUIT :

OBJET : AIDE À L'ACCESSIBILITÉ AUX CAMPS DE VACANCES.

Notre Camp de vacances reçoit une aide à l'accessibilité aux camps de vacances du ministère de l'Éducation du Loisir et du Sport (MEERS) dans le cadre du programme d'assistance financière à l'accessibilité aux camps de vacances. Toutefois, pour continuer à recevoir ce soutien du MEERS, nous devons lui indiquer le nombre de personnes défavorisées que nous accueillons.

Il est donc TRÈS IMPORTANT de répondre puisque le Ministère tient compte des revenus familiaux de nos clients dans le calcul du montant de la subvention à verser. Votre collaboration nous permettra de continuer à vous offrir des prix de séjour des plus compétitifs.

Je soussigné, _____ autorise le Camp Sable Chaud à transmettre au Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport les renseignements suivants :

Enfant(s) Noms et prénoms : _____

Parents : Nom et prénom : _____

Nombre de parents dans la famille actuelle : _____

Nombre d'enfants dans la famille actuelle : _____

Revenu familial pour l'année 2017. Vous devez nous fournir une copie de votre revenu indiqué sur votre rapport d'impôt de l'année précédente.

24 400,00 \$	
24 401 \$ - 30 378 \$	
30 378 \$ - 37 345 \$	
37 346 \$ - 45 343 \$	
45 344 \$ - 51 427 \$	
51 428 \$ - 57 999 \$	
58 000 \$ - 64 574 \$	

