



# FICHE D'INSCRIPTION

## CAMP KADIMA 2020

### CAMPEUR

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Sexe : M\_\_\_\_ F\_\_\_\_

Date de Naissance : jour /mois /année

Âge au 30 septembre 2019 : \_\_\_\_\_

Numéro d'assurance maladie : \_\_\_\_\_

Date d'expiration de la carte : \_\_\_\_\_

PARENTS \*\*\* LE CAMPEUR RÉSIDE AVEC     MÈRE     PÈRE     LES DEUX

État Civil des Parents :    \_\_\_ Mariés    \_\_\_ Divorcés    \_\_\_ Séparés    \_\_\_ Veuf (ve)

Nom (mère): \_\_\_\_\_

Prénom (mère): \_\_\_\_\_

No. tél. (domicile) : \_\_\_\_\_

No. de tél. (cellulaire) : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

No. Civique : \_\_\_\_\_

Rue : \_\_\_\_\_

Apt. : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_

Nom (père): \_\_\_\_\_

Prénom (père): \_\_\_\_\_

Même adresse

No. Civique : \_\_\_\_\_

Rue : \_\_\_\_\_

Apt. : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_

No. tél. (domicile) : \_\_\_\_\_

No. tél. (cellulaire) : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

À compléter pour recevoir un reçu d'impôt – Relevé 24 (Un seul reçu d'impôt sera émis par formulaire d'inscription.)  
Veuillez inscrire le numéro d'assurance sociale et le nom du parent qui réclamera les frais de garde.

*Attention, il est obligatoire d'indiquer un numéro d'assurance sociale pour obtenir un relevé 24. Sans cette information, aucun relevé ne sera émis.*

Numéro d'assurance sociale	Nom de famille	Prénom

**PERSONNE(S) À CONTACTER EN CAS D'URGENCE (AUTRE QUE LES PARENTS) :**

---

Nom : \_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

**RENSEIGNEMENTS PERSONNELS ET MÉDICAUX :**

---

**Votre enfant a-t-il les maladies suivantes :**

Asthme  Diabète  Autre, précisez : \_\_\_\_\_

Détails : \_\_\_\_\_

**Autres particularités à nous signaler sur le plan médical (chirurgies, blessures graves, maladies chroniques, etc.)**

Détails : \_\_\_\_\_

**Votre enfant a-t-il des allergies :**

Piqûres d'insectes  Médicaments  Allergies/intolérances alimentaires  Autres : \_\_\_\_\_

A-t-il une dose d'adrénaline (Epipen) ?  Oui  Non

Précisez l'allergie et les détails de celle-ci (sévérité et symptômes) : \_\_\_\_\_

**Votre enfant a-t-il reçu un diagnostic pour :**

Hyperactivité  TDA  Phobie  Autisme \*  TED\*  Déficience intellectuelle \*  Syndrome d'Asperger \*

**Votre enfant présente-t-il des comportements émotionnels particuliers ?**

OUI  NON

Détails : \_\_\_\_\_

**Votre enfant prend-t-il des médicaments\* ?**

OUI  NON

Détails et posologie : \_\_\_\_\_

\*Si votre enfant doit prendre des médicaments pendant les heures de camp de jour, veuillez l'indiquer lors de sa première journée de camp

**NIVEAU DE NATATION :**

---

Mon enfant est capable de nager **sans arrêt et sans aide**. Oui \_\_ Non \_\_

**ÉCOLE :**

---

École : \_\_\_\_\_

Année scolaire 2019 - 2020 : \_\_\_\_\_

**INSCRIPTION :**

---

**Cochez les semaines auxquelles vous voulez inscrire votre enfant.**

\_\_ Semaine 1: 29 juin au 3 juillet

\_\_ Semaine 2: 6 au 10 juillet

\_\_ Semaine 3: 13 au 17 juillet

\_\_ Semaine 4: 20 au 24 juillet

## **CONDITIONS & AUTORISATIONS**

1. Les frais de camp sont payables lors de l'inscription.
2. **Horaire du camp** : Du lundi au vendredi 8h30 à 17h00.
3. \* **Des frais de 5\$ par tranche de 15 minutes seront appliqués à partir de 17h00.**
4. **Tout remboursement est à l'entière discrétion de la Communauté sépharade unifiée du Québec (CSUQ). Seules les demandes écrites de remboursement seront prises en considération. Des frais administratifs de 20% seront calculées au prorata hebdomadaire (c.-à-d. une semaine est considérée comme étant complétée dès qu'elle débute).**
5. **SOINS INFIRMIERS** : J'autorise la direction du camp à prodiguer tous les soins infirmiers nécessaires en cas de besoin, ainsi que le transport en ambulance. Si la direction ne peut me joindre ou joindre les personnes à contacter en cas d'urgence, j'autorise le médecin à prodiguer **TOUS** les soins médicaux requis. **Initiales** : \_\_\_\_\_
6. Le parent et son enfant acceptent de rembourser le camp pour toutes dépenses encourues pour le bien de l'enfant (dépenses médicales, matériel spécial, etc.) **Initiales** : \_\_\_\_\_
7. **ACTIVITÉS EXTÉRIEURES** : J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités organisées par le camp, à l'intérieur et à l'extérieur, incluant les sorties en autobus scolaire ou de ville. **Initiales** : \_\_\_\_\_
8. **PHOTOS** : J'autorise, à moins d'avis écrit contraire, le Camp Benjamin à utiliser des photos et vidéos d'activités où mon enfant apparaît, dans un but promotionnel. **Initiales** : \_\_\_\_\_
9. **RISQUE** : Je reconnais que la pratique des activités du programme camp de jour comporte des risques et dangers inhérents, peu importe le niveau de supervision de l'animateur et le niveau d'habileté de l'enfant. Je reconnais aussi que mon enfant doit respecter les règles, les consignes et les façons de faire applicables aux activités auxquelles il participe, et ce, pour diminuer le plus possible les risques de dommages. **Initiales** : \_\_\_\_\_
10. Le camp n'est **pas responsable des pertes ou dommages** causés aux effets personnels du campeur. En cas de vol, aucune poursuite ne pourra être intentée contre le camp.
11. **Le campeur doit porter en tout temps le t-shirt officiel du Camp Benjamin. Le t-shirt du camp est disponible au coût de 10\$.**
12. **J'ai la responsabilité de transmettre au camp toute nouvelle information médicale survenue entre la date où la fiche a été remplie et la date d'arrivée de votre enfant au camp.**
13. J'atteste que les informations ci-dessus sont véridiques et que je suis bien informé sur le mode de paiement et les conditions de remboursement. **Initiales** : \_\_\_\_\_
14. Je certifie avoir pris connaissance des autorisations ci-dessus. **Initiales** : \_\_\_\_\_

Signature du tuteur légal : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_