



# CAMP POUR ENFANTS DIABÉTIQUES DE L'EST DU QUÉBEC

**INSCRIPTION**  
À compter du 1<sup>er</sup> avril 2011



## Caractère d'imprimerie

Cochez la session demandée	Date limite d'inscription
<input type="checkbox"/> Camp jeunesse : du dimanche 26 juin au vendredi 8 juillet 2011 - 9 à 15 ans au 1 <sup>er</sup> juillet 2011	<b>20 mai 2011</b>
<input type="checkbox"/> Camp jeunesse : du dimanche 3 au vendredi 8 juillet 2011 - <b>premier séjour</b> - 8 et 9 ans au 1 <sup>er</sup> juillet 2011	<b>20 mai 2011</b>

### Enfant

Prénom :	Nom :
Adresse :	
Ville :	Code postal :
Tél. :	Sexe : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
Taille : Poids :	Date de naissance :
Degré scolaire actuel :	Âge à l'arrivée au camp :
Nombre de frère(s) et sœurs(s) :	<input type="checkbox"/> Nouveau campeur <input type="checkbox"/> Ancien campeur

### PARENTS / TUTEURS LÉGAUX

<input type="checkbox"/> PÈRE <input type="checkbox"/> CONJOINT <input type="checkbox"/> TUTEUR LÉGAL	<input type="checkbox"/> MÈRE <input type="checkbox"/> CONJOINTE <input type="checkbox"/> TUTRICE LÉGALE
Nom :	Nom :
Adresse :	Adresse :
Ville : Code postal :	Ville : Code postal :
Courriel :	Courriel :
Tél. rés. : Tél. bur. :	Tél. rés. : Tél. bur. :
Cell. : Téléc. :	Cell. : Téléc. :
Occupation :	Occupation :
Employeur :	Employeur :
Nom et prénom d'un seul parent :	No assurance sociale : Essentiel pour émettre le Relevé 24 – Frais de garde aux fins de l'impôt

### ACCOMPAGNATEUR

La situation de votre enfant nécessite-t-elle la présence d'un accompagnateur?  oui  non  
Des frais supplémentaires vous seront facturés si le camp fournit l'accompagnateur.

### PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Indiquez le nom de deux personnes (**autres que vous et votre conjoint**) que nous pourrions contacter en cas d'urgence si nous sommes dans l'impossibilité de vous joindre :

Nom :	Nom :
Téléphone :	Téléphone :
Lien avec l'enfant : <input type="checkbox"/> parent <input type="checkbox"/> voisin <input type="checkbox"/> ami <input type="checkbox"/> autre :	Lien avec l'enfant : <input type="checkbox"/> parent <input type="checkbox"/> voisin <input type="checkbox"/> ami <input type="checkbox"/> autre :

Signature : \_\_\_\_\_

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

(Verso)

## AUTORISATION DES PARENTS

### Caractère d'imprimerie

Prénom :	Nom :
----------	-------

**Veillez apposer vos initiales à chacune des clauses et signer l'autorisation.**

1. Je, soussigné(e), reconnais avoir pris connaissance des conditions d'admission et des règlements financiers du Camp, et m'engage à les respecter; les frais de séjour seront payés à temps. Je reconnais aussi avoir pris connaissance de la politique de remboursement du Camp. Initiales : \_\_\_\_\_
2. Je soussigné(e), reconnais que le CEDEQ, les Camps de vacances Odyssee, l'Association des camps du Québec ou ses mandataires pourront prendre des photographies ou enregistrer des films sur lesquels mon enfant pourrait figurer. Je les autorise à utiliser son image, sa ressemblance ou sa voix à des fins publicitaires, dans des médias tels que revues, brochures, journaux, télévision, etc. Il est expressément entendu que son nom ne pourra être utilisé. Tout le matériel demeurera la propriété du CEDEQ ou des Camps de vacances Odyssee. Initiales : \_\_\_\_\_
3. J'autorise le personnel du camp à administrer à mon enfant en cas de besoin un ou plusieurs médicaments en vente libre; s'ils sont prescrits, ils seront à ma charge. Initiales : \_\_\_\_\_
4. Je, soussigné(e), déclare être titulaire de l'autorité parentale de l'enfant ci-haut mentionné. Je demande à la direction du camp, ou à toute autre personne désignée par elle, si elle le juge nécessaire, de me joindre au numéro de téléphone indiqué advenant que l'enfant soit blessé ou malade et que cela nécessite l'intervention du médecin. Initiales : \_\_\_\_\_
5. J'autorise la direction du camp, si cela est jugé nécessaire, à confier l'enfant sans délai à un médecin, un CLSC ou un hôpital de son choix et à signer tous les documents requis par les autorités médicales pour que l'enfant soit l'objet des soins nécessaires à son état. Les frais de transport au CLSC, à l'hôpital ou à domicile, incluant un éventuel transport ambulancier, seront à ma charge. Initiales : \_\_\_\_\_
6. J'autorise aussi par la présente, le médecin, le CLSC ou l'hôpital à prodiguer à l'enfant les soins requis, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'examen, de prélèvements, de traitements ou de toute autre intervention. Initiales : \_\_\_\_\_
7. J'autorise la divulgation des renseignements contenus sur le formulaire d'inscription au responsable des soins de santé du CEDEQ, au médecin, au CLSC ou à l'hôpital s'occupant de l'enfant. Initiales : \_\_\_\_\_
8. Je m'engage à entrer en communication sans délai avec les autorités médicales à qui sera confié l'enfant, sur demande verbale de la direction du camp ou d'une personne désignée par elle. Initiales : \_\_\_\_\_
9. Je, soussigné(e), à titre de participant(e) au camp familial, consens à ce que mes coordonnées soient inscrites sur une liste qui sera remise aux parents présents. Initiales : \_\_\_\_\_

En foi de quoi, j'ai signé le :

\_\_\_\_\_ Date      \_\_\_\_\_ Signature du parent ou du titulaire de l'autorité parentale      \_\_\_\_\_ Signature du (de la) campeur(se) si 14 ans et plus

**Camp pour enfants diabétiques de l'Est du Québec**  
4500, boul. Henri-Bourassa, bur. 220 Québec (QC) G1H 3A5  
Tél. : (418) 523-6159 Tél. : (418) 529-1155  
Courriel : [info@cedeq.org](mailto:info@cedeq.org)      [www.cedeq.org](http://www.cedeq.org)