

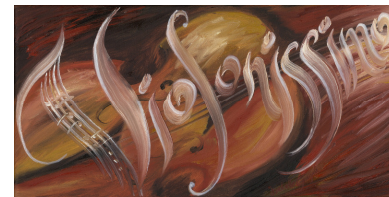




<b>Traits de caractères de l'enfant (lorsque le participant est mineur)</b>	
Nous aimerions connaître les traits de caractère dominants de votre enfant, de même que les aspects particuliers de son comportement (avec ses camarades, avec les adultes, avec ses parents, etc), ceci afin d'intervenir de la meilleure façon possible auprès de lui.	(photo obligatoire)
Est-ce son premier camp? Si non, indiquez si la réaction initiale fut positive ou négative et expliquez au besoin.	

<b>Autorisation pour la baignade (lorsque le participant est mineur)</b>
Un sauveteur sera présent près du lac en tout temps lorsque les enfants seront en activités aquatiques. De plus, les enfants seront supervisés par le moniteur de leur groupe.
Autorisez-vous votre enfant à participer aux activités de baignade?      Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, votre enfant doit-il porter : des bouchons <input type="checkbox"/> un vêtement de flottaison individuel <input type="checkbox"/> un ballon <input type="checkbox"/>
_____ Signature du parent ou du titulaire de l'autorité parentale

<b>Personnes à contacter en cas d'urgence</b>	
Nom :	Nom :
Adresse :	Adresse :
Ville :	Ville :
Code Postal :	Code Postal :
☎ résidence : (    )	☎ résidence : (    )
☎ bureau : (    )	☎ bureau : (    )
☎ cellulaire : (    ):	☎ cellulaire : (    ):
Lien avec la personne :	Lien avec la personne :



Fiche santé	
Nom :	Prénom :
No assurance maladie :	Expiration :
Date d'arrivée au camp :	Date de départ :

Particularités santé		
Cochez	Maladies, handicaps, etc	Précisions requises
<input type="checkbox"/>	Diabète	
<input type="checkbox"/>	Épilepsie	
<input type="checkbox"/>	Asthme	
<input type="checkbox"/>	Maladie cardiaque	
<input type="checkbox"/>	Handicap visuel	
<input type="checkbox"/>	Handicap intellectuel	
<input type="checkbox"/>	Handicap moteur	
<input type="checkbox"/>	Intervention chirurgicale (type, année)	
<input type="checkbox"/>	Prothèse / Orthèse	
<input type="checkbox"/>	Appareil dentaire	
<input type="checkbox"/>	Autre (préciser)	

Médicaments
Si la participant prend des médicaments prescrits par un médecin, précisez lesquels :

Accompagnateur
La participant requiert-il un accompagnateur ?      Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, précisez pourquoi :

Recommandations particulières (allergies, contre-indications, etc.)

Vaccination (lorsque le participant est mineur)
Date de vaccination du D2T2 (diphtérie, tétanos) :
Date de vaccination du DCT (diphtérie, coqueluche, tétanos) :

**NOTE : Si la situation de santé du participant change avant l'arrivée au camp, veuillez nous en aviser. Merci.**

RÉSERVÉ AU PERSONNEL INFIRMIER



### ENGAGEMENT ET AUTORISATION DU TITULAIRE DE L'AUTORITÉ PARENTALE, le cas échéant

Je, soussigné(e), déclare être titulaire de l'autorité parentale de l'enfant ci-haut mentionné.

Initiales de l'autorité parentale si le participant est mineur : \_\_\_\_\_

Je, soussigné(e), demande à la direction du Camp Musique Famille Violonissimo, ou à toute autre personne désignée par elle, si elle le juge requis, de me joindre au téléphone.

Initiales de l'autorité parentale si le participant est mineur : \_\_\_\_\_

Je, soussigné(e), autorise la direction du Camp Musique Famille Violonissimo, ou une personne désignée par elle, si cela est jugé requis, à confier mon enfant à un médecin, un CLSC ou un hôpital de son choix et à signer les documents requis par les autorités médicales pour que l'enfant soit l'objet des soins nécessaires à son état. Les frais encourus seront à ma charge.

Initiales de l'autorité parentale si le participant est mineur : \_\_\_\_\_

Je, soussigné(e), autorise, si nécessaire, le médecin, le CLSC ou l'hôpital à prodiguer à mon 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 de l'autorité parentale si le participant est mineur : \_\_\_\_\_

Je, soussigné(e), m'engage à entrer en contact sans délai avec les autorités médicales à qui serait confié mon enfant, sur demande verbale de la Direction du Camp Musique Famille Violonissimo ou de son mandataire.

Initiales de l'autorité parentale si le participant est mineur : \_\_\_\_\_

Je, soussigné(e), autorise le personnel du Camp Musique Famille Violonissimo à administrer à mon enfant en cas de besoin un ou plusieurs médicaments en vente libre.

Initiales de l'autorité parentale si le participant est mineur : \_\_\_\_\_

Je, soussigné(e), autorise la divulgation des renseignements contenus sur le formulaire d'inscription au responsable des soins de santé du camp, au médecin, au CLSC ou à l'hôpital, le cas échéant.

Initiales du participant ou initiales de l'autorité parentale si le participant est mineur: \_\_\_\_\_

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 Musique Famille Violonissimo.

Initiales du participant ou initiales de l'autorité parentale si le participant est mineur: \_\_\_\_\_

Je, soussigné(e), joins à ce formulaire d'inscription un chèque au montant de 200\$ (pour chaque inscription) en guise de premier versement.

Initiales du participant ou initiales de l'autorité parentale si le participant est mineur: \_\_\_\_\_

Je, soussigné(e), reconnais que le Camp Musique Famille Violonissimo ou ses mandataires pourront prendre des photographies ou enregistrer des films ou bandes sonores sur lesquels je (ou mon enfant) pourrais figurer. Je les autorise à utiliser mon (son) image, ma (sa) voix ou ma (sa) prestation musicale à des fins publicitaires, dans des médias quelqu'ils soient. Tout le matériel demeurera la propriété du Camp. Toutefois, mon (son) nom ne pourra être utilisé.

Initiales du participant ou initiales de l'autorité parentale si le participant est mineur: \_\_\_\_\_

En foi de quoi, j'ai signé le :

\_\_\_\_\_

Date

\_\_\_\_\_

Signature de l'autorité parentale  
(si le participant est mineur)

\_\_\_\_\_

Signature du participant  
(si le participant est majeur)

Postez à : *Camp Musique Famille Violonissimo, 1665 boul. de l'Entente, Québec (Qc) G1S 2V4.*