



AVIRON LACHINE
2901, boul. St-Joseph
Lachine (Québec) H8S 4B7
Tél. : 639-0006
www.avironlachine.ca
info@avironlachine.ca

CAMP DE JOUR ÉTÉ 2010

INFORMATIONS SUR L'ENFANT

Nom _____ Prénom _____ M ___ F ___

Date de naissance _____ N° ass. maladie _____

Adresse _____ App. _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

Courriel _____

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

A-t-il peur de l'eau ? Oui Non Sait-il nager ? Oui Non

A-t-il participé au camp 2008 ? Oui Non

A-t-il des frères et sœurs au camp ? _____

Demeure-t-il avec ses deux parents? Sinon, il demeure avec

Mère Père Garde partagée

AUTORISATION PARENTALE – PRISE DE PHOTO

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

180,00 \$ par semaine

T-shirt aux couleurs du camp disponible pour 15 \$

SÉLECTIONNEZ LA OU LES SEMAINE(S) DE VOTRE CHOIX

CAMP AVIRON	CAMP AVIRON-VOILE
<input type="checkbox"/> 28 juin 2010	<input type="checkbox"/> 5 juillet 2010
<input type="checkbox"/> 5 juillet 2010	<input type="checkbox"/> 12 juillet 2010
<input type="checkbox"/> 12 juillet 2010	<input type="checkbox"/> 19 juillet 2010
<input type="checkbox"/> 19 juillet 2010	<input type="checkbox"/> 26 juillet 2010
<input type="checkbox"/> 26 juillet 2010	
<input type="checkbox"/> 2 août 2010	
<input type="checkbox"/> 9 août 2010	

Signature du parent/tuteur

Date

AUTRES INFORMATIONS

Veillez libeller votre chèque au nom de **Club Aviron Lachine** et adresser les documents à l'adresse suivante : 2901 boul. St-Joseph, Lachine (Québec) H8S 4B7

Vous avez des questions ? info@avironlachine.ca

Téléphone : 514-639-0006

NOTE

Le paiement complet des frais de séjour de votre enfant est exigé lors de l'inscription. Il y aura remboursement uniquement pour cause de maladie.



FICHE SANTÉ

VOTRE ENFANT SOUFFRE-T-IL :

- | | |
|--|---|
| <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) _____ |
| <input type="checkbox"/> Intolérances alimentaires | |
- Allergies Oui Non 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 Maison _____ Bureau _____

Cellulaire _____ Autre information _____

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 d'un parent _____ Date : _____