



LIVRET D'INSCRIPTION ÉTÉ 2017



INSTITUT
GUY-LACOMBE
DE LA FAMILLE



ACFA
Régionale d'Edmonton

Edmonton, 1 avril 2017

Chers parents / tuteurs,

L'ACFA régionale d'Edmonton et l'Institut Guy-Lacombe de la famille vous souhaite la bienvenue à notre camp de jour, le Camp Soleil - édition 2017. Vous trouverez ci-joint des renseignements variés concernant les règlements du camp, ainsi que les formulaires à remplir. **Veillez retourner les formulaires dûment remplis avant le début du camp.**

Quand

Cette année, le camp aura lieu pendant huit semaines, soit du 4 juillet au 25 août 2017. Les heures d'activités du camp sont de 9 h à 16 h, du lundi au vendredi. Un service de garde est offert de 8 h à 9 h, et de 16 h à 18 h.

Lieu

Le site du Camp Soleil sera à l'Institut Guy-Lacombe de la famille (8627-91 rue, salle 114)

Parents bénévoles

Les parents sont les bienvenus en tout temps. Votre aide sera des plus appréciée lors des activités à l'extérieur, des excursions et des sorties à la piscine.

Il ne faut pas oublier...

Comme les jeunes passeront beaucoup de temps à l'extérieur, nous vous demandons d'appliquer de la crème solaire et de l'anti-moustique avant l'arrivée de votre enfant le matin. De plus, nous vous demandons d'équiper vos enfants des effets suivants :

1. Une bouteille de crème solaire
2. Une bouteille d'anti-moustique
3. Un repas pour le midi et deux collations
4. Un chapeau ou une casquette
5. Des vêtements de rechange
6. Un maillot de bain et une serviette
7. Un sac à dos

***SVP identifiez tous les articles de votre enfant avec son nom et numéro de téléphone.**

Visites spéciales et activités

Avant le début du camp, vous recevrez un programme plus précis des activités et des thèmes de la semaine, ce qui vous permettra de préparer vos enfants pour les activités prévues. Veuillez noter que les dates pour les visites spéciales peuvent changer dépendamment de la température.

FICHE D'INSCRIPTION

	<u>Membre de l'ACFA et de l'IGLF</u>		<u>Non-membre de l'ACFA et de l'IGLF</u>	
	1 semaine	4 semaines	1 semaine	4 semaines
1 ^{er} enfant	180\$	640\$	230\$	840\$
2 ^e enfant et suivant	160\$	600\$	210\$	800\$

Les montants d'inscription sont fixes et non remboursables.

Le camp offre un service de garde de 8 h à 9 h et de 16 h à 18 h, du lundi au vendredi au prix de **25\$** la semaine.

*Frais de retard

Il y aura des frais de retard de 5\$ par période de 15 minutes pour les retards après 18 h.

*Paiement

La totalité des frais devra avoir été versée lors de l'inscription.

.....

Nom de l'enfant : _____ Sexe : Garçon Fille

Niveau de français parlé : Débutant Intermédiaire Avancé

Date de naissance : _____ Âge de l'enfant : _____

École fréquentée : _____

Nom de la mère : _____ Langue de la mère : _____

Nom du père : _____ Langue du père : _____

Langue parlée à la maison : _____ Numéro de téléphone : _____

	Camp	Service de garde
4 – 7 juillet :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 – 14 juillet :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 – 21 juillet:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 – 28 juillet:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31 – 4 août :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 – 11 août :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 – 18 août :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 – 25 août :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nombre de semaines: _____

Total à payer: _____

CONVENTION DE NON-RESPONSABILITÉ

Je, soussigné(e), _____

Domicilié(e) à _____

déclare être : le père, la mère, le tuteur de _____

Je désire faire participer mon enfant au CAMP SOLEIL d'Edmonton.

Je reconnais et accepte tant pour moi que pour l'enfant sous ma charge tous les risques inhérents aux activités du camp.

Je dégage le CAMP SOLEIL ainsi que tous les REPRÉSENTANTS, PROMOTEURS, DIRECTEURS et ANIMATEURS de toutes responsabilités pour les dommages matériels ou corporels que pourrait subir mon enfant et pouvant provenir directement de tout exercice, pratique, démonstration, utilisation de matériels et/ou de toutes autres activités reliées directement ou indirectement au CAMP SOLEIL et en conséquence, renonce d'avance, tant pour moi-même que pour mon enfant à tout recours contre le CAMP SOLEIL et/ou ses REPRÉSENTANTS.

De plus, je permets au CAMP SOLEIL d'utiliser les photographies et vidéos prises au CAMP SOLEIL sur lesquelles apparaît mon enfant à des fins publicitaires (affiches, rapport administratifs), sur les sites Web et sur les médias sociaux.

Edmonton, le _____ 2017

Signature d'un parent ou tuteur: _____

IMPORTANT: Cette convention doit être signée et remise lors de l'inscription afin d'accepter le ou les participants aux activités du camp.

FICHE MÉDICALE

L'ACFA régionale d'Edmonton et l'Institut Guy-Lacombe de la famille se réservent le droit de refuser un enfant si la fiche médicale n'est pas dûment remplie ou non-retournée 21 jours avant le début du camp. L'ACFA régionale d'Edmonton et l'Institut Guy-Lacombe de la famille se réservent également le droit de refuser un enfant si nous considérons que nous ne pouvons assurer son entière sécurité à la suite de l'analyse de ce document.

Tous les employés du CAMP SOLEIL sont conscients de l'importance de la sécurité et du bien-être de votre enfant. À cet effet, chaque animateur a suivi un cours de premiers soins. De plus, une trousse de premiers soins sera disponible en tout temps.

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR L'ENFANT

Sexe : Fille Garçon

Numéro d'assurance santé: _____

Date de naissance: _____

Adresse complète:

Téléphone: _____

Courriel: _____

PERSONNES À REJOINDRE EN CAS D'URGENCE

Première personne-ressource

Nom: _____ Prénom: _____

Lien de parenté: _____ Tél. maison: _____

Tél. bureau ou cellulaire: _____

Deuxième personne-ressource

Nom: _____ Prénom: _____

Lien de parenté: _____ Tél. maison: _____

Tél. bureau ou cellulaire: _____

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Votre enfant a-t-il déjà eu :

Est-il atteint?

OUI NON DATE

OUI NON DATE

Otites

Asthme*

Oreillons

Hernies*

Varicelle

Épilepsie*

Rougeole

Diabète*

Scarlatine

Déficit d'attention

Et/ou Hyperactivité*

Autres (précisez) _____

Autres (précisez) _____

S.V.P, précisez la sévérité de l'atteinte, fréquence des symptômes, traitement ou toutes informations pertinentes

ACCIDENTS ET INTERVENTIONS CHIRURGICALES

Votre enfant a-t-il eu un accident ou subi une intervention chirurgicale ? OUI NON

Si oui, date (AAAA/MM) _____

Description _____

VACCINATIONS

La vaccination de votre enfant est-elle à jour? OUI NON

Date du dernier vaccin contre le tétanos _____

(DCT, DcaT, Pentacel, Quadracel ou Adacel)

ALLERGIES

Est-ce que votre enfant souffre d'allergies:

Animaux	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Plantes (herbes à puces)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Piqûres d'insectes	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Pollen (Fièvre des foins)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Pénicilline	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Médicaments*	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Intolérances alimentaires*	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

*Précisez lesquels:

SVP précisez la sévérité, symptômes habituels, dernière réaction ou informations pertinentes :

A-t-il une dose d'adrénaline (Épipen ou autres) à sa disposition ? OUI NON

Par la présente, j'autorise les personnes désignées **par l'ACFA régionale d'Edmonton et l'Institut Guy-Lacombe de la famille à administrer une dose d'adrénaline en cas de réaction anaphylactique (réactions allergiques sévères)** à mon enfant.

AUTRES CONDITIONS

Énurésie (mouiller son lit): OUI NON

Précisez : _____

Somnambulisme : OUI NON

Précisez : _____

Autre(s) : _____

Précisez : _____

Est-ce que votre enfant a une peur excessive de l'eau? OUI NON

Précisez : _____

Veuillez, SVP, indiquer le niveau de nage de votre enfant:

Excellent Bon Faible

Précisions : _____

MÉDICAMENTS SOUS ORDONNANCE

Est-ce que votre enfant doit prendre des médicaments lors de son séjour? OUI NON

Si oui, précisez le nom du ou des médicaments, la quantité, l'heure, etc.

Important: Dès son arrivée au camp, veuillez remettre aux responsables de l'infirmierie de l'ACFA régionale d'Edmonton et l'Institut Guy-Lacombe de la famille le médicament dans son emballage original avec la copie émise par la pharmacie de l'ordonnance médicale.

Est-ce que l'enfant peut les prendre lui-même? OUI NON

MÉDICAMENTS EN VENTE LIBRE

Par la présente, j'autorise les personnes désignées par l'ACFA régionale d'Edmonton et l'Institut Guy-Lacombe de la famille à administrer au besoin et selon la posologie appropriée, les médicaments suivants à mon enfant :

Tyléno! (acétaminophène)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Advil (ibuprofène)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Claritin (loratadine)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Antibiotique en crème	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Bénadryl (diphenhydramine)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Sirop contre la toux	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

ÉTAT DE SANTÉ

Comment jugez-vous l'état de santé de votre enfant? Excellent Bon Faible

AUTORISATION

J'autorise les responsables de l'ACFA régionale d'Edmonton et l'Institut Guy-Lacombe de la famille et leurs représentants à prodiguer tous les soins nécessaires. Si la direction le juge également nécessaire, j'autorise également le transport par ambulance ou autre dans un établissement de santé. De plus, j'autorise le médecin à prodiguer à mon enfant tous les soins médicaux requis par son état (intervention chirurgicale, injection, anesthésie, hospitalisation ou autres). Je m'engage à payer les frais reliés à la santé et à la sécurité de mon enfant (ex: médicaments, ambulance, matériel médical ou autre).

Je déclare que les renseignements donnés sont véridiques et je crois que mon enfant est apte à participer aux activités d'un camp de vacances.

Nom du répondant (lettres moulées) : _____

Signature : _____

Date : _____ 2016

RÈGLEMENTS ET POLITIQUES

1. La langue de communication au camp est **le français**.
2. Le lieu de rencontre est à l'IGLF à la salle 114 (8627-91^e Rue)
3. Le camp se déroule du 4 juillet au 25 août 2017 : les heures d'ouverture du camp sont de 9 h à 16 h, du lundi au vendredi. Le service de garde est de 8 h à 9 h et de 16 h à 18 h. Les employés du Camp Soleil ne sont pas responsables des enfants après les heures du camp.
4. Aucun enfant ne peut quitter le camp pendant les heures d'ouverture sans que le parent, tuteur, ou toute autre personne autorisée ne vienne le chercher.
5. **Aucun comportement agressif et/ou irrespectueux, aucun langage grossier/blessant ne sera toléré. Dans l'éventualité d'un tel comportement, des avertissements seront donnés et les parents seront contactés. Si le comportement se répète malgré les avertissements, les organisateurs pourront expulser le participant.**
6. Pour maintenir une ambiance agréable, il est clair que l'enfant doit s'intégrer au groupe et participer aux activités prévues. Il n'y aura pas de supervision disponible à l'IGLF pour les enfants qui ne participeront pas à une excursion.
7. Il est interdit que les enfants apportent des jouets de la maison.
8. Nous vous demandons, dans la mesure du possible, d'opter pour des aliments sains lors de la préparation du dîner et des collations de votre enfant (fruits, légumes, fromage, jus de fruits, etc.) **Il est strictement interdit d'apporter des bonbons, des boissons gazeuses, des noix ou des aliments pouvant contenir des noix.**
9. **Les frais d'inscription ainsi que les frais pour le service de garde sont payables avant le début du camp. Si vous annulez votre inscription à plus d'une semaine avant le début de participation de votre enfant, vous serez remboursé à 50%. Si vous annulez votre inscription une semaine ou moins avant le début de participation de votre enfant, vous serez remboursé à 25%.**

Par la présente, je déclare avoir lu les règlements et les politiques du Camp Soleil et je m'engage à les respecter.

Signature du parent / tuteur

Date

Nom du parent / tuteur

Nom de l'enfant

IMPORTANT : Cette convention doit être signée afin d'accepter le participant aux activités du camp.

AUTORISATION POUR L'AUTOBUS

Je, soussigné(e), _____ autorise mon enfant _____

à prendre un autobus scolaire ou un autobus d'une compagnie de transport lors des excursions du Camp Soleil.

Signature du parent/tuteur

Date

PERSONNES AUTORISÉES

Afin de bien surveiller votre enfant, veuillez nous fournir une **liste des personnes susceptibles de venir conduire et/ou chercher votre enfant**. Dans l'éventualité de changements, veuillez nous avertir par écrit.

1. _____

2. _____

3. _____

ACCOMPAGNEMENT POUR LES SORTIES

Si vous désirez venir nous aider à surveiller des activités/excursions, votre présence sera appréciée.

	Oui	Non
Je désire aider à la supervision durant les heures de piscine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je désire aider à la supervision et aux activités durant les excursions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des talents spéciaux ou des intérêts que vous aimeriez partager ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si oui, lesquels : _____