

## Formulaire Camp de jour été 2017

Camp de jour :

groupe d'âge :

Veuillez remplir ce formulaire et le transmettre par courriel  
aux [atelierssoleilanjou@ville.montreal.qc.ca](mailto:atelierssoleilanjou@ville.montreal.qc.ca) ou  
le déposer au Centre communautaire d'Anjou.

### Renseignements sur le participant

N° de carte de citoyen (bibliothèque)	Expiration aaaa-mm	Nom	Prénom
Sexe F M	Date de naissance aaaa-mm-jj	Téléphone – résidence	Langue principale Français Anglais
Adresse		App	Code postal

### Renseignements sur le parent payeur pour le relevé 24

N° de carte de citoyen (bibliothèque)	Lien avec le participant	Nom	Prénom
Adresse électronique		Téléphone – résidence	Téléphone – travail
Téléphone – cellulaire	Langue Français                  Anglais	NAS pour Relevé 24 *	

Si différente du participant

Adresse	App	Code postal
---------	-----	-------------

\* Sans cette information, aucun relevé ne sera émis.

### Fiche médicale du participant

A-t-il des problèmes de santé ? Aucun Asthme Diabète Épilepsie Hyperactivité – TDAH Limitations fonctionnelles Troubles spectre de l'autisme TED Trouble auditif Trouble de comportement	A-t-il des allergies ? Aucun Allergies saisonnières Animaux Arachides Noix Œufs Piqûre d'insecte Utilise un auto-injecteur d'épinéphrine	Prends des médicaments  Oui  Non  Si oui, veuillez en aviser le responsable du camp.
Autre	Autre	

### Autres informations

Le participant sait-il nager ?
Grandeur de chandail
J'autorise le personnel à appliquer de la crème solaire à mon enfant Oui                                  Non
J'autorise la prise de photos ou de vidéo de mon enfant par un animateur ou un responsable dans le cadre des activités du camp sans rémunération ou compensation pour des fins promotionnelles. Oui                                  Non

## Formulaire Camp de jour été 2017

Autre parent ou tuteur

Nom	Lien	Téléphone
-----	------	-----------

Autres personnes à joindre en cas d'urgence

Nom	Lien	Téléphone
Nom	Lien	Téléphone

Procédure de contrôle des départs

J'autorise mon enfant à quitter le camp, par lui-même, à la fin des activités		
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Seule une personne autorisée peut venir chercher le participant. Au besoin, j'autorise la ou les personnes suivantes à venir chercher mon enfant		
Nom	Lien	Téléphone
Nom	Lien	Téléphone

Si des modifications au sujet l'état de santé de mon enfant survenaient avant le début ou pendant la période du camp de jour, je m'engage à transmettre cette information à la direction du camp de jour qui fera le suivi approprié avec l'animateur de mon enfant.

J'autorise le personnel du camp à administrer les premiers soins de base et à agir en mon nom en cas d'urgence. Le cas échéant, le coût du transport en ambulance sera assumé par les parents.

Je m'engage à collaborer avec la direction du camp de jour et à venir la rencontrer si le comportement de mon enfant nuit au bon déroulement des activités et je suis conscient que si la situation problématique ne se résout pas, mon enfant pourrait en tout temps être renvoyé du camp du jour.

Signature d'un parent
Date : aaaa-mm-jj

**Votre nom dactylographié sera considéré comme une signature.**