

# CAMP DU LAC DE L'ACHIGAN • FORMULAIRE D'INSCRIPTION

QGD de l'Armée du Salut au Québec • 625, avenue du Président Kennedy, bureau 1700, Montréal (Québec) H3A 1K2

Téléphone : 514-288-2848 • Télécopieur : 514-288-4657

Camp du lac de l'Achigan • 55, 380<sup>e</sup> Avenue, C. P. 314, Saint-Hippolyte (Québec) • Téléphone : 450-563-2256 (été)



**Arrivée :** Lundi à 11 h  
**Départ :** Vendredi à 16 h  
**Âge :** 13 et 14 ans  
**Coût :** 45 \$  
**Date limite :** 4 juillet 2014

## Programme de formation de jeunes dirigeants (PFJD)

- Semaine du 21 au 25 juillet 2014 (français et anglais)  
 Semaine du 28 juillet au 1<sup>er</sup> août (français et anglais)



PFJD	Prénom		Nom	
	Niveau scolaire		Sexe	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
	Date de naissance	Jour/Mois/Année		Âge
	Membre d'une église ou d'un poste de l'A. du S. (Veuillez préciser.)			Taille de t-shirt
	Voulez-vous recevoir des courriels promotionnels sur le camp? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
	Si oui, quelle est votre adresse courriel? :			

Tuteur légal	Parent/tuteur légal		Domicile	
	Adresse		Bureau	
	Ville		Cellulaire	
	Province		Code postal	
	J'autorise l'utilisation de photographies et de vidéos dans lesquelles apparaît (apparaissent) mon (mes) enfant(s)/pupille(s) pour la promotion des activités de l'Armée du Salut <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			

En cas d'urgence	Pour assurer le bien-être du participant, il est essentiel de pouvoir communiquer avec une personne-ressource pendant toute la durée du camp. Veuillez fournir les coordonnées d'au moins une personne-ressource avec qui nous pourrions communiquer en cas d'urgence, <b>seulement si on ne peut pas vous joindre.</b>			
	1. Nom		Lien de parenté	
	N <sup>o</sup> (s) de téléphone	_____ / _____ / _____		
	2. Nom		Lien de parenté	
	N <sup>o</sup> (s) de téléphone	_____ / _____ / _____		

En qualité de tuteur légal du participant, autorisé à prendre des décisions concernant son bien-être et son éducation, je confirme que les personnes précitées sont pleinement autorisées à passer prendre le participant pendant le camp ou à la fin de celui-ci. Par conséquent, je vous autorise à confier le participant à la garde d'une de ces personnes, à moins qu'il ne fasse partie du voyage de groupe en autobus.

Je comprends que si je n'ai pas inscrit le nom d'une personne dans l'espace réservé à cette fin, et si je n'ai pas autorisé la direction du camp, par téléphone, le participant ne sera remis à la garde d'aucun visiteur, même s'il s'agit d'un parent du participant.

Renseignements médicaux	La direction du camp vous demande d'indiquer le n <sup>o</sup> de la carte d'assurance maladie du participant. Selon la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec, vous n'êtes pas tenu de divulguer le n <sup>o</sup> de cette carte, et la demande d'inscription de votre enfant ne peut être rejetée en raison d'un refus de fournir ce numéro. <b>Nous demandons le numéro de la carte d'assurance maladie de l'enfant afin de faciliter la prestation de soins médicaux si cela s'avérerait nécessaire pendant la durée du camp.</b> Si vous acceptez de nous fournir volontairement le n <sup>o</sup> de la carte ainsi qu'une photocopie, veuillez également joindre une copie de la liste des vaccins qu'il a reçus.			
	SIGNATURE DU PARENT OU DU TUTEUR QUI AUTORISE LA REMISE DE LA CARTE D'ASSURANCE MALADIE DE L'ENFANT À L'ADMINISTRATION DU CAMP POUR TOUTE LA DURÉE DU SÉJOUR :			
	N <sup>o</sup> de la carte d'assurance maladie :			
	Les vaccins sont-ils à jour		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date du dernier vaccin contre le tétanos :
	Le campeur a-t-il une allergie ou une maladie qui mettrait sa vie en danger?			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Dans l'affirmative, veuillez préciser :			
	<b>Veillez indiquer les problèmes auxquels le participant est sujet? (VEUILLEZ COCHER)</b>			
	<input type="checkbox"/> Allergies alimentaires _____ <input type="checkbox"/> Allergies aux piqûres d'insectes _____ <input type="checkbox"/> Allergies aux médicaments _____ <input type="checkbox"/> Asthme <input type="checkbox"/> Troubles cardiaques <input type="checkbox"/> Eczéma <input type="checkbox"/> Bronchite <input type="checkbox"/> Problème de coordination <input type="checkbox"/> Otite <input type="checkbox"/> Évanouissements <input type="checkbox"/> Troubles rénaux <input type="checkbox"/> Amygdalite <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Convulsions <input type="checkbox"/> Trouble de la parole <input type="checkbox"/> Migraines <input type="checkbox"/> Incontinence nocturne <input type="checkbox"/> Rhume des foies <input type="checkbox"/> Rhumes fréquents <input type="checkbox"/> Trouble d'apprentissage <input type="checkbox"/> Handicap physique <input type="checkbox"/> Épilepsie <input type="checkbox"/> Saignement de nez <input type="checkbox"/> Dermatose <input type="checkbox"/> Hyperactivité <input type="checkbox"/> Trouble du comportement			
	<b>(Toute restriction alimentaire DOIT être mentionnée au personnel avant l'arrivée au camp.)</b>			
	Autres renseignements : _____ VEUILLEZ PRÉCISER LA GRAVITÉ DES PROBLÈMES DE SANTÉ INDICUÉS ET LE TRAITEMENT HABITUEL DANS CHAQUE CAS :			

NOM DU (DES) MÉDICAMENT(S) QUE LE PARTICIPANT EMPORTE AU CAMP, LA RAISON POUR LAQUELLE CE(S) MÉDICAMENT(S) LUI A (ONT) ÉTÉ PRESCRIT(S), ET LA POSOLOGIE :

\_\_\_\_\_

**\*Politique de remboursement:** Un remboursement intégral est accordé si l'annulation est demandée sept jours avant le début du camp. Après ce délai, aucun remboursement ne sera consenti (p. ex., si le camp commence un lundi, l'administration du camp ou le ministère des œuvres de jeunesse doit recevoir par courriel la demande d'annulation le lundi précédent, à minuit au plus tard). Cette politique a été établie en raison des frais engagés pour les commandes de nourriture et de fournitures pour les campeurs.

Question	Pourquoi voulez-vous participer au PFJD?

Engagement du participant	<p>1. <b>Tous</b> les participants doivent respecter le couvre-feu.</p> <p>2. Aucun participant n'est admis dans le chalet des participantes et vice-versa.</p> <p>5. La tenue vestimentaire (robes, vêtements de tous les jours et de sport) doit respecter les limites de la pudeur.</p> <p>6. Le port d'un maillot Speedo ou d'un bikini n'est pas autorisé.</p> <p>7. Il est interdit de posséder et de consommer du tabac, de l'alcool et des drogues illicites. Les contrevenants seront renvoyés à la maison.</p> <p>8. Les DEF sont tenus d'assister et de participer à <b>TOUTES</b> les activités du camp.</p> <p>9. Aviser immédiatement le secouriste de tout accident ou de toute maladie.</p> <p>10. Le port de chaussures est obligatoire en tout temps dans les limites du camp.</p> <p>11. <b>IL EST INTERDIT</b> aux DEF de sortir du camp, sauf lors d'une activité prévue au programme.</p> <p>12. Les surveillants de baignade sont responsables de la plage. <b>Il est interdit de se baigner sans la présence des surveillants de baignade.</b></p> <p>13. Les DEF, en bons chrétiens, doivent respecter la propriété du camp de la façon suivante :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Garder les chalets et les aires communes (douches, toilettes, etc.) propres et rangés en tout temps;</li> <li>· Garder leurs vêtements bien rangés dans leur valise ou sur les étagères qui leur sont assignées (afin de respecter le règlement relatif aux incendies);</li> <li>· Si un participant endommage un bien du camp, cela engage sa responsabilité personnelle. Tout dommage ou bris causé aux installations du camp doit être signalé immédiatement au responsable de chalet. Le signalement d'un dommage n'est pas un aveu de responsabilité.</li> </ul>	
	<p><b>VOTRE SIGNATURE INDIQUE QUE VOUS AVEZ LU L'ENGAGEMENT ET QUE VOUS PROMETTEZ DE LE RESPECTER. LES CONTREVENANTS PEUVENT ÊTRE RÉPRIMANDÉS OU RENVOYÉS À LA MAISON.</b></p>	_____ Signature du participant

Conditions d'admission	<p><b>En qualité de parent ou de tuteur du participant précité, j'accepte les conditions suivantes :</b></p> <p>1. Le directeur du camp (ou son représentant) se réserve le droit de renvoyer tout DEF qui, selon lui, <b>(a)</b> pose un risque pour la sécurité du camp, la sienne et celle des autres campeurs, ou qui nuit au bien-être des campeurs et au sien <b>ou (b)</b> refuse de respecter les règlements du camp. <b>Les participants qui sont renvoyés pour ces motifs n'obtiendront pas de remboursement.</b></p> <p>2. En cas d'annulation, la politique en matière de remboursement est la suivante : si vous demandez une annulation au moins sept jours avant le début du camp, vous obtenez un remboursement complet. Passé ce délai, aucun remboursement <b>ne sera</b> consenti.</p> <p>3. Les poux constituent un problème fréquent chez les jeunes. Veuillez examiner le cuir chevelu du <u>participant</u>, une ou deux semaines avant le début du camp, et lui administrer un traitement, au besoin. Si nous découvrons des poux dans le cuir chevelu de votre enfant, <b>nous ne pourrions pas le garder.</b></p> <p>4. Le parent ou le tuteur est pleinement responsable de la santé du participant, et il affirme que la participation de ce dernier aux activités du camp n'aggraverait pas sa condition physique. Par conséquent, il autorise la participation du campeur aux activités (et au besoin, a consulté un médecin).</p> <p>5. Si des changements dans l'état de santé du participant survenaient avant le début du camp, mais après avoir envoyé la demande d'inscription, j'en aviserais immédiatement la direction du camp.</p> <p>6. J'accepte de payer tout excédent en matière de frais médicaux : (a) lorsque la santé ou le bien-être de mon enfant ou de mon pupille sont concernés; (b) lorsque selon les conseils d'un médecin, d'autres services médicaux sont requis.</p> <p>7. Par la présente, je consens à ce qu'on administre à mon enfant ou à mon pupille les médicaments suivants : acétaminophène (Tylenol), Gravol, sirop pour la toux ou tout médicament contre les démangeaisons (Caladryl, etc). <b>Si non, indiquez un autre produit _____.</b> (NOTA : Les autres produits devront être fournis par le parent/tuteur.)</p> <p>8. Par la présente, j'autorise le directeur du camp ou son représentant à agir à sa discrétion pour assurer le bien-être et la sécurité de mon enfant ou de mon pupille.</p>	
	<p><b>CONSENTEMENT :</b> En qualité de parent ou de tuteur du participant, j'ai lu et j'accepte les conditions qui régissent l'admission, ainsi que les règlements et les lignes directrices du camp. Par la présente, j'autorise mon enfant/pupille à participer aux activités du camp, y compris celles qui ont lieu à l'extérieur du camp. Je décharge l'Armée du Salut, ses officiers, ses employés, ses agents et ses bénévoles de toute responsabilité en matière de perte, de maladie, de blessure ou de dommage subi par mon enfant/pupille, ou en relation avec lui, et j'affirme avoir divulgué à l'Armée du Salut tous les renseignements d'ordre médical relativement à mon enfant/pupille.</p>	
	_____ Signature du parent ou du tuteur	_____ Date

<b>COÛT DU CAMP Section réservée à l'entité :</b>			
Fonds :	Département :	Compte :	Montant :
Entité :	Signature de l'officier pour l'approbation :		Date :