

Formulaire d'inscription au Camp Mariste – colonie de vacances – été 2024

PROGRAMMES RÉGULIERS

A - Réguliers (5-12 ans)

Fouineurs, 5-9 ans : Participe à toutes les activités du Camp. Une adaptation est faite selon la capacité de chaque jeune.

Pionniers, 10-11 ans : Participation à toutes les activités du camp de vacances. Une adaptation est faite selon la capacité de chaque jeune.

PROGRAMME POUR LES ADOS

B - Explorateurs (12-16 ans)

Une programmation riche et adaptée est offerte aux adolescents. De nombreux défis seront au rendez-vous!

PROGRAMME ASPIRANT-MONITEUR (PAM)

P – Aspirants-moniteurs (15-16 ans)

Un programme de formation d'une durée de 3 semaines, qui comprenant la formation DAFA ainsi qu'un cours de premiers soins.

DATES, DURÉE ET COÛTS DES SÉJOURS PROGRAMMES RÉGULIERS ET ADOLESCENTS

Session	Dates	Nuitées	Réguliers		Adolescents
			Fouineurs 5-9 ans	Pionniers 10-11 ans	Explorateurs 12-16 ans
1	Dimanche 23 juin au vendredi 28 juin	5	820\$	820\$	820\$
2	Dimanche 30 juin au vendredi 12 juillet	12	1620\$	1620\$	1620\$
3	Dimanche 14 juillet au vendredi 19 juillet	5	820\$	820\$	820\$
4	Dimanche 21 juillet au vendredi 26 juillet	5	820\$	820\$	820\$
5	Dimanche 28 juillet au vendredi 9 août	12	1620\$	1620\$	1620\$

PROGRAMME ASPIRANT-MONITEUR

	Dates	Nuitées	PAM
1	Dimanche 23 juin au vendredi 12 juillet	19	2220\$
4	Dimanche 21 juillet au vendredi 9 août	19	2220\$

Le coût pour chaque séjour inclut les frais d'inscription de 100\$ ainsi que le coût supplémentaire de certains programmes. Les frais d'inscription de 100\$ par enfant sont déductibles du coût total du séjour. Taxes en sus.

FORMULAIRE D'INSCRIPTION ÉTÉ 2024 COLONIE DE VACANCES

INFORMATIONS SUR L'ENFANT

Prénom :	Nom :
Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance (JJ/MM/AAAA) :
Âge au début du séjour :	

INFORMATIONS PARTICULIÈRES

Demande spéciale (ex : jumelage, etc.) :

Votre enfant fréquente le Camp Mariste depuis combien d'année ? (inscrire 1 si première fois) :

Étant donné que le Camp Mariste, le Fonds d'Aide aux Enfants du Camp Mariste, l'Association des Camps du Québec ou ses mandataires prennent des photos et/ou films sur les activités de mon enfant pendant la durée de son séjour, je les autorise à se servir du matériel en tout ou en partie à des fins publicitaires telles que brochures, revues, journaux, télévision, etc. Tout le matériel utilisé demeurera la propriété du Camp Mariste.

Signature : _____

Votre enfant mouille-t-il son lit ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Oui	Mesures à prendre ?
Votre enfant est-il couvert par <input type="checkbox"/> une assurance personnelle ou <input type="checkbox"/> par la Régie	

INFORMATIONS MÉDICALES

	NON			Noix		Piqûres d'insectes
Votre enfant souffre-t-il d'allergies ?				Arachides		Fruits de mer
				Œufs		Autre : _____
	NON			Asthme		Épilepsie
Votre enfant souffre-t-il de problèmes de santé particuliers ?				Hyperactivité		Trouble visuel
				Trouble auditif		Autre : _____

AUTORISATION DE DISTRIBUTION DE MÉDICAMENTS EN CAS DE BESOIN

J'autorise le personnel du Camp Mariste à distribuer à mon enfant, en cas de besoin, un ou plusieurs des médicaments ci-après décrits (signature obligatoire pour chacun des médicaments énumérés) :

Cochez	Nom du médicament	Signature du parent
<input type="checkbox"/>	Acétaminophène (<i>tylénol, tempral, etc.</i>) si fièvre, céphalée ou douleur.	
<input type="checkbox"/>	Anti-émétique (<i>graval</i>) si nausées ou vomissements	
<input type="checkbox"/>	Sirop contre la toux et décongestionnant	
<input type="checkbox"/>	Anti-histaminique (<i>bénadryl, claritin</i>) si réaction allergique	
<input type="checkbox"/>	Crème / vaporisateur antibiotique (<i>polysporin</i>) si contusion ou éraflure	
<input type="checkbox"/>	Crème avec cortisone si démangeaison	
<input type="checkbox"/>	Ibuprofène (<i>advil, motrin, etc.</i>) si inflammation	

INDIQUEZ CI-DESSOUS LES MÉDICAMENTS QUE L'ENFANT DEVRA POSSIBLEMENT PRENDRE PENDANT SON SÉJOUR :

(Ex. : Ventolin, pompe)	(Ex. : Pour crise d'asthme)	(Ex. : 2 bouffées avant exercices)	Cochez :	
Nom du médicament	Dose	Fréquence	Régulièrement	Au besoin
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NB: Tous les médicaments à prendre régulièrement devront nous être remis obligatoirement dans le système alvéolaire de distribution (système Dispill) préparé par le pharmacien que vous pouvez obtenir gratuitement sur demande, en téléphonant à l'avance à votre pharmacien. Ceci est le mode le plus sécuritaire car le nom de l'enfant et l'heure sont inscrits sur chaque dose. Les médicaments « au besoin » devront être dans leur contenant original avec l'étiquette de prescription.

DISPILL=OBLIGATOIRE

AUTORISATION EN CAS D'URGENCE

J'autorise la direction du Camp Mariste à faire en sorte que soient prodigués à mon enfant tous les soins nécessaires. Je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement (à mes frais) et à le faire admettre dans un établissement de santé. De plus, en cas d'urgence ou s'il est impossible de nous joindre, j'autorise le médecin choisi par les autorités du Camp à prodiguer à mon enfant tous les soins médicaux requis par son état, y compris la pratique d'une intervention chirurgicale, transfusion, injection, anesthésie, hospitalisation, etc.

Signature : _____



