

Formulaire d'inscription au Camp Mariste – colonie de vacances – été 2025

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	Lundi 23 juin au vendredi 27 juin	4	735\$	735\$	735\$
2	Dimanche 29 juin au vendredi 11 juillet	12	1750\$	1750\$	1750\$
3	Dimanche 13 juillet au vendredi 18 juillet	5	885\$	885\$	885\$
4	Dimanche 20 juillet au vendredi 25 juillet	5	885\$	885\$	885\$
5	Dimanche 27 juillet au vendredi 8 août	12	1750\$	1750\$	1750\$

PROGRAMME ASPIRANT-MONITEUR

	Dates	Nuitées	PAM
1	Lundi 23 juin au samedi 12 juillet	19	2395\$
4	Dimanche 20 juillet au vendredi 8 août	19	2395\$

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"/>	Sirope 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 : _____



INFORMATIONS SUR LES PARENTS	
Premier répondant (parent)	Deuxième répondant (parent)
Prénom :	Prénom :
Nom :	Nom :
Numéro d'assurance sociale (pour relevé 24) :	Numéro d'assurance sociale (pour relevé 24) :
Adresse :	Adresse :
Ville, province : Code postal :	Ville, province : Code postal :
Courriel :	Courriel :
J'accepte de recevoir des nouvelles du Camp Mariste par courriel <input type="checkbox"/>	J'accepte de recevoir des nouvelles du Camp Mariste par courriel <input type="checkbox"/>
Téléphone :	Téléphone :
Téléphone travail : poste :	Téléphone travail : poste :
Cellulaire :	Cellulaire :
Relevé 24 (si numéro d'assurance social inscrit) <input type="checkbox"/> 100% au 1er répondant <input type="checkbox"/> 100% au 2e répondant	

CONTACTS D'URGENCE	
Contact d'urgence 1	Contact d'urgence 2
Prénom :	Prénom :
Nom :	Nom :
Téléphone :	Téléphone :
Téléphone travail : poste :	Téléphone travail : poste :
Cellulaire :	Cellulaire :
Lien de parenté :	Lien de parenté :

DATES ET PROGRAMMES DÉSIRÉS (COCHEZ VOTRE CHOIX) – VOIR LES TARIFS À LA PAGE 1						TRANSPORT		T-SHIRT	
Session	Dates	Nuitées	Fouineurs 5-9 ans	Pionniers 10-11 ans	Explorateurs 12-16 ans	35\$/trajet, + taxes, en sus du séjour	Gratuit avant le 15 février ; 12\$ ensuite		
1	Lundi 23 juin au vendredi 27 juin	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OPTIONNEL	Adulte : S <input type="checkbox"/>		
2	Dimanche 29 juin au vendredi 11 juillet	12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Adulte : M <input type="checkbox"/>		
3	Dimanche 13 juillet au vendredi 18 juillet	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> aller	Adulte : L <input type="checkbox"/>		
4	Dimanche 20 juillet au vendredi 25 juillet	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> retour	Adulte : XL <input type="checkbox"/>		
5	Dimanche 27 juillet au vendredi 8 août	12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> aller-retour	Adulte : XXL <input type="checkbox"/>		
PROGRAMME ASPIRANT-MONITEUR					Aspirant-moniteur 15-17 ans	Ne rien cocher si vous n'avez pas besoin de transport en autobus		Enfant : S <input type="checkbox"/>	
1	Lundi 23 juin au samedi 12 juillet	19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Enfant : M <input type="checkbox"/>	
4	Dimanche 20 juillet au vendredi 8 août	19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Enfant : L <input type="checkbox"/>	

ACCEPTATION DU CODE DE VIE
J'ai pris connaissance du Code de vie et je m'engage à m'y conformer. J'ai discuté du document avec mon enfant, je lui ai expliqué en quoi consistent les règles et je l'ai informé de l'importance de les respecter. Je comprends et accepte les mesures disciplinaires encourues en cas de non-respect délibéré des règles contenues dans le Code de vie du Camp Mariste.
Signature : _____

POLITIQUE DE PAIEMENT ET MODALITÉS DE REMBOURSEMENT
- Par carte de crédit : Paiement complet en un seul versement OU 100\$ à l'inscription avec paiements mensuels répartis également entre le moment de l'inscription et la date de fin du séjour (prélèvement le 1er de chaque mois) pour le solde. Par chèque : Paiement complet en un seul versement OU 100\$ à l'inscription et le solde des frais, incluant les taxes en deux versements égaux via des chèques postdatés au 1er juin et au 1er juillet.
- Les frais d'inscription de 100\$ ne sont pas remboursables en cas d'annulation. Il n'y a pas de remboursement pour une arrivée tardive, un départ hâtif ou pour des journées d'absence. Advenant un départ pendant le séjour, pour un motif sérieux et valable, la portion non utilisée sera remboursée.
- Les chèques doivent être faits au nom du Camp Mariste et adressés au 8082, chemin du lac Morgan, Rawdon, Québec, J0K 1S0.

ACCEPTATION DES CONDITIONS
Par la présente, j'accepte les conditions d'inscription et de paiement ci-haut mentionnées.
Signature : _____

AUTORISATION DE PAIEMENT PAR CARTE DE CRÉDIT
Visa <input type="checkbox"/> MasterCard <input type="checkbox"/> Numéro <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Exp: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Code sécurité <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Un versement - J'autorise le Camp Mariste à prélever la totalité du montant à la réception de mon inscription.
<input type="checkbox"/> Paiements récurrents - J'autorise le Camp Mariste à prélever les frais d'inscription (100\$) à la réception de mon inscription, avec paiements mensuels répartis également entre le moment de l'inscription et la date de fin du séjour (prélèvement le 1er de chaque mois) pour le solde.

Signature du titulaire de la carte (obligatoire) : _____

