|  |
| --- |
| **QUESTIONS MÉDICALES**Le participant souffre-t-il d’allergies ou autres problèmes de santé ? **OUI \_\_\_\_\_\_ NON\_\_\_\_\_\_** **SI OUI, LESQUELS? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****NOM DU MÉDECIN : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **EN CAS D'ALLERGIE :** Votre enfant aura-t-il son épipen au camp? **OUI \_\_\_\_\_\_ NON\_\_\_\_\_\_** Si votre enfant prend régulièrement des médicaments prescrits par un médecin, veuillez en informer le directeur. **INITIALES : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **COMPORTEMENTS ET RÈGLEMENTS**Lors du camp, il a des règlements à suivre. Si un enfant reçoit 3 avertissements, il sera retiré du camp pour le reste de la semaine ainsi que les autres semaines auxquels il est déjà inscrit, et ce, sans aucun remboursement. **INITIALES : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **PUBLICITÉS ET PROMOTIONS**J’autorise le Camp Poitou Richelieu à prendre des photos, vidéos ou autres de mon enfant. Ceux-ci pourront être utilisés pour des fins publicitaires et promotionnelles. Je comprends que ni moi, ni mon enfant ne pourrons, en aucune façon être rémunérés pour cette publicité. **OUI \_\_\_\_\_\_ NON \_\_\_\_\_\_** **INITIALES : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  |

|  |
| --- |
| **CONSENTEMENT, RENONCIATION ET AUTORISATION**Je suis conscient que la participation de mon enfant aux activités du camp comporte certains risques pour sa santé et sa sécurité. En inscrivant mon enfant, je consens qu’il participe aux activités et j’accepte librement tous les risques en matière de santé et de sécurité. S’il y a lieu, je m’engage à informer l’organisation du camp de toutes les conditions médicales particulières dont mon enfant souffre ainsi que ses antécédents médicaux. **INITIALES : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** En contrepartie, son utilisation des installations et services, ou sa participation aux activités offertes par l’organisation, en mon nom et au nom de mon enfant, je libère le Camp Poitou Richelieu, ses administrateurs, ses employés, étudiants, et ses autres représentants de toute responsabilité, réclamation, demande et poursuite découlant de toute perte, tout dommage, tout préjudice, ou toute dépense, que mon enfant ou moi pourrions subir ou encourir à la suite de son utilisation des installations et services ou de sa participation aux activités. **INITIALES : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Si mon enfant se blesse ou est malade pendant le camp, j’autorise l’organisation à lui prodiguer les premiers soins ou à prendre les arrangements nécessaires. Je comprends que l’organisation entrera rapidement en communication avec une des personnes responsables désignées sur ce formulaire. **INITIALES : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |