



FICHE D'INSCRIPTION

Camps de jour – Été 2010

Photo de l'enfant

Nom : _____ Prénom : _____
 Adresse : _____ Ville : _____ Date de naissance : ___/___/_____
 Province : _____ Code postal : _____ jour / mois / année
 Téléphone rés. : (_____) _____
 Courriel parents _____ Courriel enfant : _____

Nom de la mère Profession Tél. bureau Cell.
 _____ () _____ () _____
 Nom du père Profession Tél. bureau Cell.
 _____ () _____ () _____

Nouveau campeur ancien nombre d'années à La Licorne : _____
 École fréquentée présentement : _____ niveau scolaire actuel : _____
 Expérience équestre : (selle classique) aucune pas trot galop saut
 Grandeur chandail (offert par le camp) :
 Ado : petit moyen grand adulte : petit moyen grand Xgrand

DATES ET FRAIS – CAMPS DE JOUR : Indiquer d'un « X » la ou les périodes désirées
 Arrivée vers 8 h 30 • Départ vers 17 h • Collation incluse • Dîner en option : 30 \$ + taxes = 34 \$

Période	Dates	Coût	TPS	TVQ	Total
<input type="checkbox"/> 1 ^{ère} période	Lundi 28 juin au vendredi 2 juillet	350.00 \$	18.00 \$	27.00 \$	405.00 \$
<input type="checkbox"/> 2 ^e période	Lundi 5 juillet au vendredi 9 juillet	350.00 \$	18.00 \$	27.00 \$	405.00 \$
<input type="checkbox"/> 3 ^e période	Lundi 12 juillet au vendredi 16 juillet	350.00 \$	18.00 \$	27.00 \$	405.00 \$
<input type="checkbox"/> 4 ^e période	Lundi 2 août au vendredi 6 août	350.00 \$	18.00 \$	27.00 \$	405.00 \$
<input type="checkbox"/> 5 ^e période	Lundi 9 août au vendredi 13 août	350.00 \$	18.00 \$	27.00 \$	405.00 \$
<input type="checkbox"/> 6 ^e période	Lundi 16 août au vendredi 20 août	350.00 \$	18.00 \$	27.00 \$	405.00 \$

▶ supplément de 175 \$ + taxes pour un 2^e cours d'équitation par jour = 197 \$

À l'administration : Je me conformerai aux règlements financiers du camp, à savoir :

- j'enverrai le premier versement de 200 \$ lors de l'inscription (non remboursable), déductible du montant total
- je paierai le deuxième versement le 1^{er} mai 2010 (insérer votre paiement avec la fiche d'inscription)
- je ne serai pas remboursé si mon enfant quitte le camp pour toute autre raison que celle de maladie certifiée par un médecin, dans ce cas, je serai remboursé pour les journées complètes non séjournées au camp moins 200\$ pour les frais inhérents.
- j'autorise La Licorne et l'Association des Camps du Québec à utiliser des photos et/ou des bandes vidéos sur les activités de mon enfant pour des fins publicitaires telles brochures, revues, journaux, etc.

Signature du père, de la mère ou tuteur _____ jour / mois / année _____ Signature du campeur / campeuse _____
 Reçu d'impôt à : _____ no. ass. sociale : _____

Réservé à l'administration :

Date	coût	TPS	TVQ	versement	solde à payer

LE CAMP-ÉCOLE D'ÉQUITATION LA LICORNE

FICHE MÉDICALE

Camp de jour du _____ au _____ 2010

Nom : _____ Prénom : _____

N° assurance-maladie : _____ Date d'expiration : _____

Personnes à contacter en cas d'urgence (si dans l'impossibilité de vous rejoindre) :

Nom : _____ lien avec l'enfant : _____ Tél. r.() _____ tél. b.() _____

Nom : _____ lien avec l'enfant : _____ Tél. r.() _____ tél. b.() _____

Votre enfant souffre-t-il (elle) de :

- Asthme Sensibilité de la peau Énurésie Épilepsie Troubles de la vue
 Diabète Allergie; si allergie, spécifier : _____

Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (épipen, ana-kit) en fonction de ses allergies? _____

Si oui, qui est autorisé à conserver et administrer ce médicament et selon quelle posologie?

- Enfant lui-même Moniteur de l'enfant Toute personne adulte responsable

Posologie : _____

À SIGNER SI VOTRE ENFANT A UNE DOSE D'ADRÉNALINE

Par la présente, j'autorise les personnes désignées par le camp à administrer selon le besoin en cas d'urgence, la dose d'adrénaline _____ à mon enfant.

Signature du parent

Vaccinations : oui non

Tétanos

Rougeole

Méningite

Votre enfant prend-il des médicaments : oui non

Si oui, nom des médicaments _____ posologie _____

**Veuillez remettre à la direction tous médicaments bien identifiés dans un sac ziploc. Merci !*

Votre enfant est-il hyperactif ? oui non

Si oui, décrire : _____ médicament : _____

Votre enfant porte-t-il des prothèses particulières? oui non

Si oui, décrire : _____

Votre enfant a-t-il d'autres particularités médicales? _____

AUTORISATION DES PARENTS — Médication

J'autorise le personnel du camp à administrer à mon enfant en cas de besoin un ou plusieurs des médicaments ci-après décrits :

- Acétaminophène (Tylenol, Tempra , etc.) Antiémétique (Gravol)
 Sirop contre la toux (Benylin, etc.) Antibiotique en crème (Polysporin, Baciguent, etc.)
 Anti-inflammatoire (Advil)
 Antihistaminique qui agit entre autres contre les allergies (Bénadryl, Claritin, Réactine, etc.)

Signature du parent

AUTORISATION DES PARENTS — Soins

En signant la présente, j'autorise la direction du camp à prodiguer tous les soins infirmiers nécessaires. Si la direction le juge nécessaire, je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement, dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire. De plus, s'il est impossible de nous joindre, j'autorise le médecin choisi par les autorités du camp à prodiguer à mon enfant séjournant au camp, tous les soins médicaux requis par son état, y compris la pratique d'une intervention chirurgicale, des injections, l'anesthésie et l'hospitalisation.

SIGNATURE DU PARENT OU TUTEUR

DATE