



**Formulaire d'inscription Camp 911
4 au 8 juillet 2016**

Le formulaire d'inscription doit être retourné par la poste ou en personne avant le 27 mai 2016 :

**Camp 911
MRC de Coaticook
Jonathan Garceau
294, rue St-Jacques Nord
Coaticook (Québec)
J1A 2R3**

Le coût pour le CAMP 2016 est de 75\$ payable au nom de Carrefour loisirs de la MRC de Coaticook une fois les candidats sélectionnés.

Identification du participant

Nom de famille : _____ Prénom : _____

Adresse : _____
No et rue Ville Code Postal

Téléphone : _____ Date de naissance (J/M/A) : _____

No d'assurance maladie du Québec : _____

Identification des parents

Nom de la mère : _____ Prénom : _____

Adresse : _____
No et rue Ville Code Postal

Téléphone Résidence : _____ Téléphone Travail : _____

Nom du père : _____ Prénom : _____

Adresse : _____
No et rue Ville Code Postal

Téléphone Résidence : _____ Téléphone Travail : _____

Noms de deux personnes à contacter en cas d'urgence et en l'absence des parents

1- Nom de la personne : _____ Prénom : _____

Adresse : _____
No et rue Ville Code Postal

Téléphone Résidence : _____ Téléphone Travail : _____

2- Nom de la personne : _____ Prénom : _____

Adresse : _____
No et rue Ville Code Postal

Téléphone Résidence : _____ Téléphone Travail : _____

Renseignements médicaux

Votre enfant a-t-il une allergie requérant une attention particulière? **Oui** Non

Si oui, précisez : _____

Traitement : _____

Votre enfant prend-t-il des médicaments de façon régulière : **Oui** Non

Si oui, précisez : _____

Votre enfant porte-t-il des :

Lunettes **Lentilles cornéennes** **Appareils dentaires** **Bracelet Médic-Alert**

Autorisation

En cas d'urgence, maladie ou accident :

- J'autorise** les autorités présentes d'agir en bon parent auprès de mon enfant et de prendre les décisions jugées opportunes dans les circonstances.
- J'autorise** que toutes les informations médicales jugées pertinentes soient transmises aux personnes responsables.
- J'autorise** les responsables à transporter mon enfant à mes frais au centre de santé le plus près s'il y a nécessité, suite à un accident ou à un malaise subit.
- J'autorise** le médecin, si votre enfant est inconscient et que vous n'êtes pas en mesure de vous rendre immédiatement au centre de santé, à lui prodiguer les soins médicaux requis pour son état.
- J'autorise** la prise de photographie, l'enregistrement audio et vidéo de mon enfant pendant les activités du Camp 911 et je consens à l'utilisation de ces images dans la presse, sur le site internet de la MRC, et dans les matériels promotionnels apparentés pour promouvoir la sécurité.

Nous communiquerons avec les candidats durant la première semaine de juin afin de confirmer l'inscription.

Signature d'un parent ou tuteur

Date