



**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