



**Loisir et Incendie**

**Formulaire d'inscription Camp 911  
12 au 16 juillet 2010**

**Le formulaire d'inscription doit être retourné par la poste ou en personne avant le 28 mai 2010 :**

**Camp 911  
MRC de Coaticook  
Martine Auray  
294 rue St-Jacques Nord  
Coaticook (Québec)  
J1A 2R3**

**Le coût pour le CAMP 2010 est de 100\$ payable 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.

---

Signature d'un parent ou tuteur

---

Date