



## Programme d'été École-O-Champ Québec

Ferme Communautaire Betterève de Hudson, 723 Main Road, Hudson  
Québec, J0P, Canada

Web site : <https://ecole-o-champ.org>

E-mail : [info@ecole-o-champ.com](mailto:info@ecole-o-champ.com)

Tel. : 514-236-3624

## FICHE D'INSCRIPTION 2018

(Information confidentielle à l'usage du programme exclusivement)

**SVP, numériser (ou photographier) votre/vos formulaire(s) d'inscription et nous le/les envoyer par e-mail à [clara.limongi@ecole-o-champ.org](mailto:clara.limongi@ecole-o-champ.org).**

**Pour les chèques des paiements, svp nous les envoyer par la poste à l'adresse suivante: 2217 Chemin Principal, Saint-Joseph-du-Lac, QC J0N 1M0.**

Renseignement sur votre enfant			
Nom :		No. Tél. principal :	( ) -
Prénom :		No. Ass. Maladie	Exp. /
Date de naissance :	JOUR / MOIS / ANNÉE	Âge	

1 <sup>er</sup> Contact <input type="checkbox"/> PÈRE <input type="checkbox"/> MÈRE <input type="checkbox"/> TUTEUR LÉGAL		2 <sup>er</sup> Contact <input type="checkbox"/> PÈRE <input type="checkbox"/> MÈRE <input type="checkbox"/> TUTEUR LÉGAL	
Nom complet :		Nom complet :	
Courriel* :		Courriel* :	
Adresse :		Adresse :	
Ville, Code postal :		Ville, Code postal :	
Téléphone maison	( ) -	Téléphone maison	( ) -
Cellulaire :	( ) -	Cellulaire :	( ) -
Occupation :		Occupation :	

**\*Veuillez inscrire l'adresse courriel vérifiée la plus fréquemment.**

Ceci est le principal moyen de communication qu'École-O-Champ utilisé pour vous transmettre des informations.

AUTRE CONTACT D'URGENCE	
Nom complet :	
Téléphone :	( )
Lien avec le jeune :	

### AUTORISATION DE PHOTOS ET DE RECHERCHE

Signez ici-bas si vous autorisez le programme *École-O-Camp Québec* à photographier et à filmer mon enfant dans le cadre du programme d'été. Ces photos et films pourront être utilisés à des fins de promotion notamment sur le site Internet d'*École-O-Champ* :

SIGNATURE : \_\_\_\_\_ DATE : JOUR / MOIS / ANNÉE

Signez ici-bas si vous autorisez *École-O-Champ Québec*, par ma signature, à évaluer les enfants par l'entremise d'activités et de sondages dans le cadre de son programme d'été. Toutes les réponses feront parties d'analyses anonymes.

SIGNATURE : \_\_\_\_\_ DATE : JOUR / MOIS / ANNÉE

J'accepte que mon enfant quitte les lieux seul en fin de journée.  OUI  NON  
J'accepte que mon enfant quitte les lieux avec un adulte cité ci-dessous.  OUI  NON

Nom :

Nom :

Nom:

### INFORMATIONS SCOLAIRES

Nom de l'école :	
Niveau scolaire/Enseignant :	
Niveau de maîtrise du français et de l'anglais :	

### AUTORISATION DE PARTICIPATION

Après avoir pris connaissance des règlements du programme *École-O-Champ Québec*, j'autorise mon enfant: \_\_\_\_\_ à participer à toutes les activités lors de son séjour pour l'été 2018.

Il est assuré que les responsables porteront toute leur attention à la surveillance, à l'organisation et l'animation donc je les décharge de toutes responsabilités si, en dépit de leurs meilleures volontés, il survient quelconque incident à mon enfant. En cas d'urgence, j'autorise les responsables à procurer à mon enfant les soins médicaux, chirurgicaux et dentaires nécessaires.

Le programme *École-O-Champ Québec* se réserve le droit de mettre fin à l'inscription d'un enfant qui persiste à nuire au bon fonctionnement du camp, et ce, sans remboursement.

# FICHE MÉDICALE 2018

Nom de l'enfant: \_\_\_\_\_

(Informations confidentielles à l'usage du programme *École-O-Champ*)

## ÉTAT MÉDICAL DE VOTRE ENFANT (ANTÉCÉDENTS) COCHEZ

OUI		OUI		OUI	
	Asthme		Hypoglycémie		Problèmes neurologiques
	Acc. vasculaire cérébral		Malformation cardiaque		Perte de conscience
	Conjonctivite		Palpitations cardiaques		Problèmes cutanés
	Convulsions		Otites		Problèmes digestifs
	Diabète		Maux de ventre		Problèmes musculaires
	Épilepsie		Maux de dos		Saignements de nez
	Hypertension artérielle		Maux de tête / migraine		Trouble auditif / surdité
	Hyperventilation		Handicap physique		Trouble respiratoire
	Énurésie ( <b>Pipi au lit</b> )		Handicap intellectuel		Autre:

## AUTRES INFORMATIONS LIÉES À LA SANTÉ (exemple: peurs, phobies, menstruations douloureuses ou autres détails pertinents)


## MÉDICAMENTS SOUS PRESCRIPTION avec POSOLOGIE

Nom : _____	Posologie : _____
Nom : _____	Posologie : _____
Nom : _____	Posologie : _____

QUESTIONS GÉNÉRALES	OUI	NON
Ses VACCINS sont-ils à jour		
Date du dernier vaccin contre le tétanos	/	/
A-t-il une ÉPIPEN ?		
Porte-t-il des lunettes ?		
A-t-il un déficit de l'attention? (TDAH)		
A-t-il le mal des transports		

## ALLERGIES OU INTOLÉRANCES MÉDICALES ET ALIMENTAIRES


## PARTICULARITÉS DE VOTRE ENFANT (« Bon à savoir »)


## SIGNATURES

J'autorise les employés et les bénévoles du programme *École-O-Champ Québec* à effectuer les actions nécessaires pour assurer la santé et la sécurité de mon enfant, y compris l'admission à l'hôpital et l'utilisation de l'ambulance si nécessaire. Je les autorise également à administrer les médicaments mentionnés plus haut. **Veillez prendre note que la carte d'assurance-maladie est obligatoire lors d'une consultation dans un centre médical.**

JR / MS / AN

\_\_\_\_\_

**J'affirme avoir lu, et accepté la fiche ci-dessus et répondu aux questions avec exactitude, en tant que parent/tuteur responsable de l'enfant.**

Afin de nous assurer que vous acceptez que votre enfant fasse partie du programme *École-O-Champ Québec* veuillez signer et retourner cette feuille ainsi que la fiche santé et la feuille d'inscription.

Montréal le, \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Père ( ) Mère ( ) Tuteur ( ) Tuteur légal ( )

L'équipe d'École-O-Champ Québec

### Comment avez-vous entendu parlé de nous?

	Stand d'information		Publicité sur Facebook
	Site internet d'École-O-Champ		Publicité sur Google
	Facebook d'École-O-Champ		Site internet de "Montreal Families"
	Site internet de la Ferme Quinn		Lettre de "Montreal Families"
	Facebook de la Ferme Quinn		Un ami/une amie
	L'école de mon enfant		Autre:

**COÛT ET PAIEMENT:** Svp, remplir le formulaire suivant, et nous l'envoyer en même temps que l'inscription:

Service de garde			
AM (8:00 à 9:00)	\$25	Cochez-ici <input type="checkbox"/>	
PM (16:00 à 17:00)	\$25	Cochez-ici <input type="checkbox"/>	
AM & PM (8:00 à 9:00 & 16:00 à 17:00)	\$45	Cochez-ici <input type="checkbox"/>	
Semaines de camp (6 à 13 ans)			
		Cochez-ici	Cochez-ici
Semaine: 13 au 17 août (en anglais)	\$220	<input type="checkbox"/>	ou \$230 <input type="checkbox"/>
Semaine: 20 au 24 août (en français)	\$220	<input type="checkbox"/>	ou \$230 <input type="checkbox"/>
Total et paiements			
<b>Total</b>			\$
Rabais de \$15 (si applicable) voir section clauses pour plus de détails	-		\$
Dépôt de \$100 (si applicable)	-	100	\$
(Paiement à faire avant le 15 mai)			\$
*\$220 pour les inscriptions reçues AVANT le 15 avril ; \$230 pour les inscriptions reçues après.			
*Rabais de \$15 applicable sur inscription de famille de 2 enfants et plus, OU sur inscription de 2 semaines.			
*Dépôt de \$100 à payer lors de l'inscription, si vous payer pas l'intégralité du prix en une fois (par enfant et par semaine).			

**CLAUSES:**

- Les modes de paiements acceptés sont par Eventbrite, espèce, ou chèque.
- Les inscriptions doivent être envoyées à [clara.limongi@ecole-o-champ.org](mailto:clara.limongi@ecole-o-champ.org).
- Tous les chèques doivent être envoyés à l'adresse suivante: **2217 Chemin Principal, Saint-Joseph-du-Lac, QC J0N 1M0.**
- Vous avez le choix de faire un dépôt de \$100 par enfant par semaine et de payer et d'envoyer le restant du paiement à la même adresse **au plus tard le 15 mai.**
- Un **rabais de \$15** est appliqué à la facture total si votre enfant est inscrit à 2 semaines de camp ou plus, **OU** si au moins un autre membre de la famille est inscrit à une semaine de camp.
- Aucun remboursement ne sera accordé, quel qu'en soit le motif.