

# Informations supplémentaires

## IDENTIFICATION DES PARENTS (tuteurs) ET DES CONTACTS

### PARENT 1

Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom de famille: \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Appartement : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone domicile: ( ) \_\_\_\_-\_\_\_\_ Cellulaire : ( ) \_\_\_\_-\_\_\_\_ Travail : ( ) \_\_\_\_-\_\_\_\_ Poste : \_\_\_\_\_

Préférence de contact : Appel  Texto  Courriel  Courriel : \_\_\_\_\_

### PARENT 2

Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom de famille: \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Appartement : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone domicile: ( ) \_\_\_\_-\_\_\_\_ Cellulaire : ( ) \_\_\_\_-\_\_\_\_ Travail : ( ) \_\_\_\_-\_\_\_\_ Poste : \_\_\_\_\_

Préférence de contact : Appel  Texto  Courriel  Courriel : \_\_\_\_\_

### CONTACT 1

Urgence

Départ

Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom de famille: \_\_\_\_\_

Téléphone domicile: ( ) \_\_\_\_-\_\_\_\_ Cellulaire : ( ) \_\_\_\_-\_\_\_\_ Travail : ( ) \_\_\_\_-\_\_\_\_ Poste : \_\_\_\_\_

### CONTACT 2

Urgence

Départ

Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom de famille: \_\_\_\_\_

Téléphone domicile: ( ) \_\_\_\_-\_\_\_\_ Cellulaire : ( ) \_\_\_\_-\_\_\_\_ Travail : ( ) \_\_\_\_-\_\_\_\_ Poste : \_\_\_\_\_

### CONTACT 3

Urgence

Départ

Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom de famille: \_\_\_\_\_

Téléphone domicile: ( ) \_\_\_\_-\_\_\_\_ Cellulaire : ( ) \_\_\_\_-\_\_\_\_ Travail : ( ) \_\_\_\_-\_\_\_\_ Poste : \_\_\_\_\_

### CONTACT 4

Urgence

Départ

Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom de famille: \_\_\_\_\_

Téléphone domicile: ( ) \_\_\_\_-\_\_\_\_ Cellulaire : ( ) \_\_\_\_-\_\_\_\_ Travail : ( ) \_\_\_\_-\_\_\_\_ Poste : \_\_\_\_\_

## IDENTIFICATION DE L'ENFANT

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom de famille: \_\_\_\_\_

Date de naissance : (AAAA/MM/JJ) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_

Genre :  Féminin  Masculin Particularité à considérer en regard de l'identité de genre :  \_\_\_\_\_

Langue natale : \_\_\_\_\_ Autres langues parlées : \_\_\_\_\_

L'enfant habite avec : Ses deux parents  Parent 1  Parent 2  Autre

Degré de scolarité complété : \_\_\_\_\_ Première expérience ? Oui  Non

Amis ou Fratrie aussi inscrits dans nos activités ?

Nom : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_ Lien : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_ Lien : \_\_\_\_\_

## CAPACITÉS AQUATIQUES

L'enfant a-t-il déjà suivi un cours de natation? : Oui  Non  Si oui, dernier niveau de natation complété? : \_\_\_\_\_

Autonomie dans l'eau:

- Nage seul en eau profonde  Ne sait pas nager  A besoin d'accompagnement  
 Nage seul en eau peu profonde  A peur de l'eau  Autre \_\_\_\_\_  
 Nage seul avec Veste de Flottaison Individuelle (VFI)  Doit porter des bouchons

## FICHE MÉDICALE

**Cochez et spécifiez au besoin.**

- Diabète  Hémophilie  Trouble d'audition  Incontinence  
 Épilepsie  Hyperactivité  Trouble de vision  Autres : \_\_\_\_\_  
 Allergies  Intolérances  Difficulté de compréhension  Autres : \_\_\_\_\_

Spécifications : \_\_\_\_\_

## BESOINS PARTICULIERS

**Notre organisme souhaite intégrer les enfants ayant des besoins particuliers.** Les informations sur la santé de votre enfant sont précieuses et nous permettront de lui faire vivre une expérience réussie.

**Merci de compléter la fiche d'évaluation des besoins plus détaillée (en annexe).**

Votre enfant a-t-il : TDA/H, Anxiété, Trouble du Spectre de l'Autisme, Déficience Motrice, Intellectuelle, Visuelle, etc. ?			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
A-t-il reçu un diagnostic?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Si non, est-il en attente d'un diagnostic?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Quel est le diagnostic reçu ou en attente :			
Doit-il être accompagné dans ses activités au camp ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Ratio suggéré : _____ (1/1, 1/2, etc.)	

L'admission de votre enfant au programme reposera sur l'information fournie à propos de son comportement et de sa capacité à s'adapter à l'environnement; ainsi que sur les ressources, les accompagnateurs et le financement à la disposition de l'organisme. Si, nous réalisons qu'un enfant ayant des besoins particuliers a été inscrit sans avoir effectué ce processus et que nous ne disposons pas des ressources adéquates pour répondre à ses besoins, nous nous réservons le droit d'annuler immédiatement son inscription.

Si des modifications doivent être apportées à la demande de participation de votre enfant durant le processus d'inscription ou pendant le service, veuillez contacter l'équipe administrative aussitôt que possible pour assurer que nous disposons des ressources nécessaires pour continuer de répondre aux besoins de votre enfant.

Tous les renseignements demeurent confidentiels.

Nom du parent ou tuteur (lettres moulées) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

## AUTORISATIONS

<input type="checkbox"/>	<b>Autorisation Photos</b> <b>Loisirs &amp; Culture Sud-Ouest</b> prend des photos et/ou film des enfants à l'occasion de certaines activités. Je donne l'autorisation à l'organisme de se servir du matériel en tout ou en partie à des fins publicitaires, telle que des brochures, revues, journaux, sites web, etc. Le nom des enfants n'apparaît jamais dans les différentes utilisations. Tout le matériel utilisé demeurera la propriété de <b>Loisirs &amp; Culture Sud-Ouest</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Autorisation Médicaments en vente libre (si applicable)</b> J'autorise le personnel de <b>Loisirs &amp; Culture Sud-Ouest</b> à administrer à mon enfant, si nécessaire, un ou plusieurs médicaments sans ordonnance en vente libre. Cocher les médicaments : <input type="checkbox"/> Acétaminophène ( <i>Tylenol, Temptra</i> ) <input type="checkbox"/> Antiémétique ( <i>Gravol</i> ) <input type="checkbox"/> Antihistaminique ( <i>Benadryl, Reactine</i> ) <input type="checkbox"/> Anti-inflammatoire Ibuprofène ( <i>Advil</i> ) <input type="checkbox"/> Antibiotique en crème ( <i>Polysporin</i> ) <input type="checkbox"/> Sirop contre la toux <input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____
<input type="checkbox"/>	<b>Autorisation Médicale</b> J'autorise la direction de <b>Loisirs &amp; Culture Sud-Ouest</b> à faire en sorte que soient prodigués à mon enfant tous les soins nécessaires. Je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement et à le faire admettre dans un établissement de santé. De plus, en cas d'urgence ou s'il est impossible de nous joindre, j'autorise le médecin choisi par les autorités du camp à prodiguer à mon enfant tous les soins médicaux requis par son état, y compris la pratique d'une intervention chirurgicale, transfusion, injections, anesthésie, hospitalisation, etc. J'accepte d'assumer tous les frais encourus par le personnel de <b>Loisirs &amp; Culture Sud-Ouest</b> en cas d'une urgence médicale nécessitant le traitement de mon enfant. Je comprends que ces frais peuvent comprendre le transport, le traitement, les tests, les honoraires ou tout autre somme exigée.
<input type="checkbox"/>	Si des modifications concernant l'état de santé de mon enfant survenaient avant le début ou pendant la période du camp, je m'engage à transmettre cette information à la direction, qui fera le suivi approprié.
<input type="checkbox"/>	<b>Autorisation Écran Solaire</b> Je donne la permission aux employés de <b>Loisirs &amp; Culture Sud-Ouest</b> d'appliquer un écran solaire sur mon enfant lorsque nécessaire. L'écran solaire devrait être fourni par un parent. Nous utiliserons le nôtre seulement lorsque l'écran solaire de l'enfant n'est pas disponible.
<input type="checkbox"/>	<b>Autorisation Activités Hors Du Bâtiment</b> J'autorise <b>Loisirs &amp; Culture Sud-Ouest</b> d'emmener mon enfant à des endroits de sorties situées hors du site du Centre Saint-Charles. Je comprends conséquemment que cela implique l'utilisation des services de transport de la ville de Montréal et/ou de transporteur en Autobus.
<input type="checkbox"/>	<b>Autorisation de Départ Seul</b> J'autorise <b>Loisirs &amp; Culture Sud-Ouest</b> à laisser mon enfant quitter seul. Je comprends que mon enfant doit tout de même être accompagné par un adulte à son arrivé pour assurer la communication des informations. Heure de Départ : _____

## SIGNATURE POUR LES AUTORISATIONS ET POUR LES RÈGLEMENTS

Je donne mes autorisations pour les cases cochées dans ce document et j'atteste avoir lu les règlements de Loisirs & Culture Sud-Ouest. Je respecterai les directives sous peine de me voir retirer les privilèges d'accès aux installations du camp.

Vous devez consulter les règlements dans le fichier PDF

J'ai lu les règlements dans le document pdf

Nom du parent ou tuteur (lettres moulées) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date