

PRÉNOM DE L'ENFANT	NOM DE FAMILLE DE L'ENFANT	ÂGE AU 30 SEPTEMBRE 2020	DATE DE NAISSANCE J / M / A	SEXE F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
NOM DU PARENT À CONTACTER EN PREMIER LIEU	TÉLÉPHONE (RÉPONSE RAPIDE)	NUMÉRO ASSURANCE MALADIE	EXPIRATION A / M	

PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE (autres que les parents)		
NOM DE LA PERSONNE	LIEN AVEC L'ENFANT	TÉLÉPHONE (RÉPONSE RAPIDE)
NOM DE LA PERSONNE	LIEN AVEC L'ENFANT	TÉLÉPHONE (RÉPONSE RAPIDE)

BESOINS PARTICULIERS ET DIAGNOSTIC	
Votre enfant a-t-il reçu un diagnostic (trouble de comportement, TDA/H, anxiété, trouble du spectre de l'autisme, déficience motrice, intellectuelle, visuelle, etc.)? <i>Si oui, précisez :</i>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Doit-il être accompagné dans ses activités au camp? <i>Si oui, quel ratio est suggéré (ex. : 1 pour 1, 1 pour 2, etc.) :</i>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si votre enfant a des besoins particuliers, veuillez remplir le <i>Formulaire d'évaluation des besoins</i> d'ici le 4 juin à 16 h afin de lui faire vivre une expérience de camp réussie.	
Veuillez prendre note que toutes les informations concernant votre enfant demeureront confidentielles. Elles seront transmises uniquement à son(ses) animateur(s) et à la direction afin de permettre un meilleur encadrement et une intervention plus efficace.	

AUTORISATIONS PARENTALES	
(Si vous êtes en accord avec les énoncés suivants, inscrivez vos initiales à l'endroit approprié) :	
• J'autorise la Ville de Montmagny à utiliser, à des fins promotionnelles uniquement, des photos ou des vidéos dans lesquelles pourraient apparaître mon enfant.	_____ Initiales
• J'autorise mon enfant à circuler, accompagné de son animateur, sur les différents sites d'activités.	_____ Initiales
• Je m'engage à collaborer avec la direction du Camp si le comportement de mon enfant nuit au bon déroulement des activités et à la sécurité des participants.	_____ Initiales
• Si mon enfant doit prendre des médicaments durant le camp, je m'engage à remplir le formulaire d'autorisation de prise de médicament, à mon arrivée au Camp, afin que les responsables puissent les administrer adéquatement.	_____ Initiales
• Je m'engage à garder mon enfant à la maison et à informer la direction du Camp rapidement si mon enfant présente des symptômes de la Covid-19.	_____ Initiales

AUTRES SPÉCIFICATIONS	
Votre enfant porte-t-il des prothèses (visuelles, auditives, etc.)? <i>Si oui, précisez :</i>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Votre enfant sait-il nager adéquatement? <i>Si non, vous devez lui fournir une veste de flottaison</i>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Votre enfant mange-t-il normalement? <i>Si non, précisez :</i>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX DE L'ENFANT	
Votre enfant a-t-il déjà subi une intervention chirurgicale? <i>Si oui, précisez :</i>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Votre enfant a-t-il des allergies alimentaires? <i>Si oui, précisez :</i>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Votre enfant a-t-il des allergies aux médicaments? <i>Si oui, précisez :</i>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Epipen, Ana-Kit), en raison de ses allergies? <i>Par la présente, j'autorise les personnes désignées par le Camp à administrer à mon enfant, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline de type :</i>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
SIGNATURE DU PARENT : _____	
Votre enfant prend-t-il des médicaments? <i>Si oui, précisez :</i>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
De façon régulière <input type="checkbox"/> Au besoin <input type="checkbox"/>	
Nom du médicament prescrit : _____	
Posologie : _____	
Horaire d'administration : _____	

Je confirme que les renseignements fournis sont exacts et que j'ai lu et compris toutes les autorisations parentales requises.

SIGNATURE DU TITULAIRE DE L'AUTORITÉ PARENTALE

LIEN AVEC L'ENFANT

DATE DE LA SIGNATURE