



FICHE SANTÉ 2017

Nous attendons ce document complété pour finaliser l'inscription de votre enfant.

Ces informations demeureront confidentielles et nous permettront de faire vivre à votre enfant une expérience camp réussi !

Photo

(Merci de joindre la photo de l'enfant dans votre envoi courriel)

Par souci de sécurité, étant un camp d'expédition, il est important d'avoir des informations précises sur l'état de santé de votre enfant. Le Camp Quatre Saisons (CQS) se réserve le droit de retourner un enfant chez lui si des informations pertinentes ont été omises volontairement ou si nous jugeons que nos programmes ne sont pas adaptés aux besoins de votre enfant.

RENSEIGNEMENTS SUR L'ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____ Âge: _____

Remettre la carte d'assurance maladie ou une copie au responsable du camp au début du séjour

RÉPONDANT DE L'ENFANT

Mère : _____ Père : _____

Téléphone : (_____) _____ - _____ Téléphone : (_____) _____ - _____

CONTACTS D'URGENCE (autre que parent / tuteur)

1 - Nom : _____ 2- Nom : _____

Lien avec l'enfant : _____ Lien avec l'enfant : _____

Téléphone : (_____) _____ - _____ Téléphone : (_____) _____ - _____

SITUATION DE SANTÉ (antécédents médicaux / besoins particuliers)

Souffre-t-il?	OUI	NON		OUI	NON
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hernie	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Varicelle	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Épilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rougeole	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Migraine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Trouble de comportement Précisez: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Opposition	<input type="checkbox"/> Agressivité	
Trouble déficitaire de l'attention Précisez: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Avec hyperactivité	<input type="checkbox"/> Sans hyperactivité	
Déficiences Précisez: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Santé mentale Précisez: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Autres : _____					
Précisez la sévérité de l'atteinte, fréquence des symptômes, traitement ou toutes informations pertinentes: (s'il est en attente d'un diagnostic, l'indiquer ici SVP): _____					

A-t-il été hospitalisé ou eu un accident ou subi une intervention chirurgicale ? OUI NON

Si oui, date _____ Description : _____

Est-il suivi régulièrement par un professionnel de la santé ? OUI NON

Si oui, précisez : _____
(dans professionnel de la santé est inclus : psychologue, psychiatre, chiropraticien, ostéopathe, etc.)

MÉDICATION

Votre enfant prend-il des médicaments ? OUI NON Nom: _____

Pour traiter quoi ? : _____

Effets secondaires ? : _____

Autorisez-vous les personnes désignées par le CQS à administrer et selon la posologie appropriée ses médicaments sous ordonnances ? OUI NON

*Pour être conforme à la loi et nous permettre d'administrer la médication, vous **devez** joindre une copie de la prescription de médication avec cette fiche*

Cochez les médicaments sans ordonnance en vente libre que vous **nous autorisez à administrer** à votre enfant, si nécessaire, selon ses besoins :

Acétaminophène (Tylénol) <input type="checkbox"/>	Anti-inflammatoire ibuprofène (Advil) <input type="checkbox"/>
Diphenhydramine (Bénadryl) <input type="checkbox"/>	Antibiotique en crème (Polysporin) <input type="checkbox"/>
Loratadine (Claritin) <input type="checkbox"/>	Antihistaminique (Réactine) <input type="checkbox"/>
Antiémétique (Gravol) <input type="checkbox"/>	Sirop contre la toux <input type="checkbox"/>

VACCINATIONS

La vaccination de votre enfant est-elle à jour ? OUI NON Date du dernier vaccin DCT: ___/___/___

ALLERGIES, INTOLÉRANCES ET RESTRICTIONS ALIMENTAIRES

Allergies et/ou intolérances ? (alimentaires, animaux/insectes, médicaments, autres) Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Précisez : _____ _____	Précisez la sévérité : Intolérance <input type="checkbox"/> Allergie légère <input type="checkbox"/> Allergie sévère <input type="checkbox"/> Allergie mortelle <input type="checkbox"/> Allergie si ingestion seulement <input type="checkbox"/> Allergie au contact <input type="checkbox"/>
Signes ou symptômes à surveiller : _____ _____	
Auto-injecteur d'Épinéphrine (Épipen, Twinject ou autre) Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Personnes autorisées à l'administrer : L'enfant lui-même <input type="checkbox"/> Adulte responsable <input type="checkbox"/>	
Restrictions alimentaires (autres que des allergies) Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Précisez : _____	
Troubles alimentaires ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Précisez : _____	

COMPORTEMENTS ET INTÉRÊTS

Comment jugez-vous l'état de santé de votre enfant? Excellent Bon Faible

Votre enfant a-t-il une particularité, handicap, malaise, porte-t-il une prothèse ou autre, qui pourrait le rendre plus vulnérable à la pratique d'activité ? OUI NON

Si oui, précisez : _____

Si votre fille à ses menstruations pendant le séjour, à-t-elle des considérations particulières?

Si oui, lesquelles : _____

Est-il à ses premières expériences de camping ? OUI NON

Est-il à l'aise dans l'eau pour nager, plonger, sauter ? OUI NON

Porte-t-il une veste de flottaison lors de la baignade ? OUI NON

A-t-il déjà pratiqué des activités de plein air ? OUI NON

A-t-il le mal du transport ? OUI NON

Y a-t-il des activités auxquelles votre enfant ne peut participer ? OUI NON

Si oui, lesquelles : _____

Votre enfant a-t-il des habitudes de sommeil particulières ? (*somnambulisme, insomnie, pipi*) OUI NON

Précisez : _____

Autres informations à propos de votre enfant dont vous aimeriez nous faire part ? (*ex. changements importants récents dans la vie de famille, préoccupations particulières, etc.*)

INFORMATIONS IMPORTANTES

Il est rare, mais possible que votre enfant soit déplacé dans un groupe d'âge différent que le sien (plus ou moins âgé) s'il n'y a pas suffisamment d'inscriptions au séjour choisit. Mais si tel est le cas, vous serez informés par courriel, dès que possible, avant le début de son séjour.

Étant un camp à vocation d'expéditions, il nous est impossible d'accueillir des enfants présentant certains besoins particuliers (*l'avis d'un professionnel de la santé pourrait vous être demandé lors de l'inscription*):

- Conditions médicales à risques (*allergies graves, diabète, épilepsie, asthme, etc.*).
- Déficiences importantes (*intellectuelle, motrice, auditive, visuelle, etc.*).
- Troubles graves de santé mentale (*anxiété, dépression, autisme, comportement dangereux, etc.*).

POLITIQUE DE RENVOI

Le camp Quatre Saisons se réserve le droit de retirer un enfant du groupe, s'il juge qu'il ne bénéficie aucunement des activités et qu'il porte préjudice au groupe. Nous mettrons également fin au séjour advenant un non-respect des règlements, infractions graves ou répétées, attitudes ou comportements dangereux, possession d'alcool, de drogue et de tabac. Étant un milieu public de plein air, le CQS n'autorise pas la cigarette et la vapoteuse.

Si votre enfant est retiré de son groupe, vous vous engagez à venir le chercher dans les plus brefs délais (aucun remboursement n'est possible dans cette situation).

AUTORISATIONS

J'autorise la direction du CQS et ses représentants à faire en sorte que soient prodigués à mon enfant tous les soins nécessaires. J'autorise également le transport de mon enfant par ambulance ou autrement (à mes frais) 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 CQS 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.

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 du CQS.

J'autorise le CQS à prendre des photos et des vidéos de mon enfant pendant son séjour et à les utiliser à des fins promotionnelles. ? OUI NON

Je reconnais avoir pris connaissance des informations importantes ci-haut ainsi que de la politique de renvoi et je m'engage à en informer mon enfant. J'atteste que les renseignements inscrits dans ce formulaire sont complets et véridiques.

Nom du répondant (en caractères d'imprimerie)

Signature

Date

Réservé CQS : gr. _____ session _____ /sem _____ moniteur direction



FICHE RECONNAISSANCE ET ACCEPTATION DES RISQUES

RISQUES INHÉRENTS À L'ACTIVITÉ

Je reconnais avoir été informé sur les risques inhérents aux activités qui font partie des programmes du Camp Quatre Saisons (CQS). Les risques reliés aux expéditions auxquelles mon enfant participera sont de façon plus particulière, mais non limitative :

- blessure due à une chute ou autre mouvement (entorse, foulure, fracture, etc.);
- blessure avec objet contondant ou coupant (branches, roche, matériel, etc.);
- froid ou hypothermie;
- blessure résultant de contact accidentel ou non entre les individus;
- allergies / contamination (alimentaires, plantes, insectes, Giardiase, etc.);
- contact avec l'eau ou noyade (lors d'activités aquatiques ou à proximité d'un cours d'eau);
- brûlure ou trouble dû à la chaleur;
- mesure d'hygiène en milieux sauvages

CONFIRMATION DES RENSEIGNEMENTS ET ACCEPTATION DES RISQUES

J'atteste que les renseignements consignés dans les présentes fiches sont exacts, et cela, au meilleur de ma connaissance. Je certifie ne pas avoir délibérément omis de renseignements sur l'état de santé de mon enfant (pertinents ou non). Je suis conscient (e) que l'information contenue dans les présentes fiches est confidentielle et vise à mieux planifier et encadrer la sécurité des activités auxquelles participera mon enfant et qu'elle permettra au CQS de dresser un juste profil de ses participants. **Je suis conscient (e) que les activités offertes par le CQS se déroulent dans des milieux semi-naturels ou naturels possiblement accidentés qui, conséquemment, sont plus éloignés des services médicaux. Cet état de fait pourrait entraîner de longs délais lors d'une urgence nécessitant une évacuation, et par conséquent, une possible aggravation de l'état ou de la blessure de mon enfant.**

Ayant pris connaissance de ces risques et ayant eu l'occasion d'en discuter avec une personne responsable du CQS, je reconnais avoir été informé sur les risques inhérents aux activités et je suis en mesure que mon enfant entreprenne l'activité ou le séjour en TOUTE CONNAISSANCE DE CAUSE ET EN ACCEPTANT LES RISQUES que peut comporter ce séjour ou cette activité en pleine nature. **Le participant s'engage aussi à jouer un rôle actif dans la gestion de ces risques en adoptant une attitude préventive à son égard ainsi qu'à l'égard des autres personnes l'entourant.** Le moniteur se réserve le droit d'exclure toute personne, qu'il juge, représenter un risque pour elle (lui) ou pour le reste du groupe.

Nom du participant (en caractères d'imprimerie)

Nom du tuteur (en caractère d'imprimerie)

Signature du participant ou du tuteur
(si le participant est âgé de moins de 16 ans)

date



MON AVENTURE NATURE ! Secrétariat du Camp Quatre Saisons

44A, rue Turgeon
Sainte-Thérèse, Québec
J7E 3H4
Tél : 450.435.5341
Fax : 450.435.3895

Adresse du camp
1192, ch. du Lac Caché
La Macaza, Québec
J0T 1R0
Tél./Fax : 819.686.2123

www.campqs.com
info@campqs.org

INFORMATION SUR LE REVENU FAMILIAL 2017



À joindre obligatoirement à la fiche d'inscription

Le Camp Quatre Saisons reçoit une aide à l'accessibilité aux camps de vacances du ministère de l'Éducation, de l'enseignement supérieur et de la recherche (MEESR). Toutefois, pour continuer à recevoir ce soutien, nous devons lui indiquer le nombre de participants provenant de milieux défavorisés que nous accueillons. Cette démarche est obligatoire pour permettre au camp de maintenir l'accès à cette subvention. Cette contribution financière permet au camp d'offrir un programme d'aide financière et d'améliorer ses infrastructures.

Aux fins de déterminer le nombre de personnes, nécessitant une aide financière, qui seront desservies par notre camp à l'été, le MEESR nous indique des seuils de faible revenu familial à utiliser comme outil de référence :

Ces seuils sont les suivants : (revenu annuel brut avant impôt)

2 personnes	/par famille 30 378\$	
3 personnes	/par famille 37 345 \$	(ex. :1 parent + 2 enfants)
4 personnes	/par famille 45 343 \$	(ex. :2 parents + 2 enfants)
5 personnes	/par famille 51 427 \$	(ex. : 1 parent + 4 enfants)
6 personnes	/par famille 57 999\$	
7 personnes ou +	/par famille 64 574 \$	

Aussi, en vous basant sur les seuils ci-dessus mentionnés, pourriez-vous nous indiquer si votre revenu familial est supérieur au seuil de faible revenu correspondant au nombre de personnes dans votre famille :

Oui Non

Si votre revenu est inférieur, informez-vous sur notre programme d'aide financière (réduction de 50%). Vous devez joindre le présent document complété à votre formulaire d'inscription. Nous vous assurons notre entière confidentialité sur les renseignements qui nous sont transmis relatifs à votre revenu familial. Merci pour votre collaboration.

Nom du répondant (en caractères d'imprimerie)

signature

date