

## Fiche Médicale

*(Compléter les 2 pages, signer et faire parvenir par courriel : [info@grandeaventureenanglais.com](mailto:info@grandeaventureenanglais.com) dans les 10 jours ouvrables après la réception de l'accusé réception d'inscription)*

### Renseignement sur le Campeur

Nom du campeur : \_\_\_\_\_ Date ou numéro du séjour : \_\_\_\_\_  
 No. d'assurance maladie : \_\_\_\_\_ Expiration : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance : \_\_\_\_\_

### Identification des responsables

**Nom(s) de(s) l'adulte(s) responsable(s) à contacter lors du séjour au camp :**  
 Parent #1: \_\_\_\_\_ Numéro (cell) : \_\_\_\_\_  
 Parent #2: \_\_\_\_\_ Numéro (cell) : \_\_\_\_\_

### Autorisation des médicaments

**J'autorise la direction à administrer les médicaments suivants si nécessaire (cochez si oui)**

Tylenol       Advil       Benadryl

*Remarques: Nous ne tenons pas de produits tel qu'antihistaminique (Ex. Réactine, Claritin), décongestionnant (ex. Tylenol rhume), Graval, substance saline (Hydrasense). Si vous souhaitez que l'on administre ces produits, veuillez les fournir pour votre enfant.*

### Malaise(s)

Asthme     Rhume des foins     Otite     Incontinence     Somnambulisme     Constipation     Autres

### Informations générales :

**Afin de mieux connaître les particularités de votre enfant, s'il vous plait répondez aux questions suivantes :**

1. Votre enfant a-t-il des allergies à des aliments ou à des médicaments?     Oui     Non

Si oui, lesquels?

*Allergies alimentaires sévères: veuillez-nous contactez par téléphone.*

---

---

---

---

---

---

---

---

2. Votre enfant prend-il des médicaments régulièrement?     Oui     Non

Si oui, lesquels et a quelle fréquence?

---

---

---

---

3. Date du dernier vaccin contre le tétanos : \_\_\_\_\_

4. Indiquer le niveau d'habilité de votre enfant dans les activités suivantes :

Activités	Niveau 1 Débutant	Niveau 2 Intermédiaire	Niveau 3 Avancé
Natation			
Bicyclette (vélo)			

Votre enfant a-t-il besoin de flotteur pour nager?  Oui  Non

Commentaires : \_\_\_\_\_

5. Afin que votre enfant vive le mieux possible son séjour au camp, y a-t-il des particularités à nous signaler sur sa santé, son caractère, son comportement ou sa routine ? (Exemples : Syndrome, déficience physique, mal, hyperactivité, trouble de concentration avec ou sans hyperactivité, menstruation difficile, agressivité).

---

---

---

---

6. Commentaires additionnels :

---

---

### Autorisation

En signant la présente, j'accepte que mon enfant participe à toutes les activités du camp, à moins d'avis contraire de ma part. Je comprends les risques et périls inhérents à sa fréquentation dans un camp, je les accepte entièrement et dégage Le Camp La Grande Aventure en Anglais, ses officiers, administrateurs et employés de toute responsabilité résultant de la participation de mon enfant aux programmes d'activités, sauf s'il y a négligence de la part du camp ou si le camp a manqué à ses engagements.

**Je suis conscient que le camp opère pendant que le COVID-19 est présent au Québec. Je comprends que mon enfant a une chance de contracter le COVID-19 pendant son séjour au Camp La Grande Aventure en Anglais. J'accepte entièrement ce risque et je dégage Le Camp La Grande Aventure en Anglais, ses officiers, administrateurs et employés de toute responsabilité résultant de la participation de mon enfant au camp.**

Je comprends que le Camp La Grande Aventure en Anglais est un camp sans arachides et sans noix mais que certaines préparations d'aliments ou collations peuvent en contenir des traces.

J'autorise le camp à utiliser dans son matériel promotionnel les photos prises de mon enfant. Il est entendu que l'identité de mon enfant ne sera pas dévoilée.

Il n'y aura aucune réduction ou remboursement de coûts pour les campeurs arrivant en retard ou quittant avant la fin d'un séjour à moins d'une raison médicale grave. La direction se réserve le droit de retirer un campeur du camp sans remboursement s'il ne respecte pas le code de vie ou les règlements du camp, ou manifeste un comportement grossier.

J'accepte que les cheveux de mon enfant soient vérifiés pour la présence de lentes ou de poux. Dans le cas de présence de lentes ou de poux, l'enfant devra rentrer à la maison jusqu'à l'élimination de ces derniers sans remboursement. Nous ferons le deuxième traitement après une semaine avec le produit que vous nous fournirez.

J'autorise la direction du camp à prodiguer tous les soins de santé nécessaires et à transporter mon enfant par ambulance ou par un autre moyen de transport dans un centre de santé de la région, en cas de besoin. Dans l'impossibilité de me rejoindre, j'autorise le médecin du centre de santé à prodiguer les soins médicaux requis par son état (ex: intervention chirurgicale, injection, anesthésie et hospitalisation).

J'accepte de défrayer le coût des frais de médicaments au-delà de ce qui est fourni par le camp.

\_\_\_\_\_  
Signature du parent

\_\_\_\_\_  
Nom (lettres moulées)

\_\_\_\_\_  
Date

Camp La Grande Aventure an Anglais  
33 chemin du Lac Provost-Nord  
Saint-Donat, QC  
J0T 2C0