

FICHE D'INSCRIPTION - CAMP DE JOUR KSF

S'il-vous-plait complétez une fiche par enfant et l'envoyer au groupe@ksf.ca au moins une semaine (7 jours) avant le début du camp.

1. DATE DU CAMP - Veuillez choisir les dates du camp dans lequel votre enfant est inscrit.

9 à 12 ans

- 24 au 28 juin
- 1er au 5 juillet
- 8 au 12 juillet
- 15 au 19 juillet
- 22 au 26 juillet
- 29 juillet au 2 août
- 5 au 9 août
- 12 au 19 août

13 à 16 ans

- 24 au 28 juin
- 1er au 5 juillet
- 8 au 12 juillet
- 15 au 19 juillet
- 22 au 26 juillet
- 29 juillet au 2 août
- 5 au 9 août
- 12 au 19 août

2. L'ENFANT

Prénom			
Nom de famille	Date de naissance	/ / (MM / JJ / AAAA)	
Adresse			
Ville	Code postal		
Courriel			
No .Assurance-Maladie	Date d'expiration		
Taille de t-shirt	Junior S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> Adulte S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/>	Première expérience de camp? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Langue(s) parlée(s) à la maison :		Autres langue(s) parlée(s)	
Pronom utilisé par l'enfant (il/elle) :			
Prénom utilisé par l'enfant :			
Particularités à considérer en regard aux croyances ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Lesquelles :			
Particularités à considérer en regard de l'identité au genre? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			

3. PARENT(S) / TUTEUR(S)

Prénom		Prénom	
Nom de famille		Nom de famille	
Lien avec l'enfant		Lien avec l'enfant	
Adresse		Adresse	
Téléphone	Maison	Téléphone	Maison
	Bur.		Bur.
	Cell.		Cell.
Courriel		Courriel	

4. CONTACTS D'URGENCE (AUTRE QUE PARENTS)

Contact # 1		Contact # 2	
Nom		Nom	
Prénom		Prénom	
Lien avec l'enfant		Lien avec l'enfant	
Téléphone	Maison	Téléphone	Maison
	Bur.		Bur.
	Cell.		

5. BESOINS PARTICULIERS ET DIAGNOSTIC

Les informations sur la santé de votre enfant sont précieuses et nous permettront de lui faire vivre une expérience camp réussie. Merci de compléter la fiche d'évaluation des besoins en annexe.

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.) 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"/>
Si oui, lequel(s) :	

6. DOCUMENT POUR FIN D'IMPÔT

Personne à qui sera émis le *Relevé 24* pour fin d'impôt.

Prénom et Nom:		No. Assurance sociale	____-____-____
----------------	--	-----------------------	----------------

7. AUTORISATIONS

<input type="checkbox"/>	J'autorise le camp de jour KSF à prendre des photos et des vidéos de mon enfant pendant son séjour et à les utiliser à des fins promotionnelles.								
<input type="checkbox"/>	<p>Médicaments en vente libre (si applicable) J'autorise le personnel du camp de jour KSF à administrer à mon enfant, si nécessaire, un ou plusieurs médicaments sans ordonnance en vente libre.</p> <p>Cocher les médicaments :</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/> Acétaminophène (<i>Tylenol, Tempra</i>)</td> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/> Anti-inflammatoire Ibuprofène (<i>Advil</i>)</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Antiémétique (<i>Gravol</i>)</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Antibiotique en crème (<i>Polysporin</i>)</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Antihistaminique (<i>Benadryl, Reactine</i>)</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Sirop contre la toux</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border: none;"><input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Acétaminophène (<i>Tylenol, Tempra</i>)	<input type="checkbox"/> Anti-inflammatoire Ibuprofène (<i>Advil</i>)	<input type="checkbox"/> Antiémétique (<i>Gravol</i>)	<input type="checkbox"/> Antibiotique en crème (<i>Polysporin</i>)	<input type="checkbox"/> Antihistaminique (<i>Benadryl, Reactine</i>)	<input type="checkbox"/> Sirop contre la toux	<input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____	
<input type="checkbox"/> Acétaminophène (<i>Tylenol, Tempra</i>)	<input type="checkbox"/> Anti-inflammatoire Ibuprofène (<i>Advil</i>)								
<input type="checkbox"/> Antiémétique (<i>Gravol</i>)	<input type="checkbox"/> Antibiotique en crème (<i>Polysporin</i>)								
<input type="checkbox"/> Antihistaminique (<i>Benadryl, Reactine</i>)	<input type="checkbox"/> Sirop contre la toux								
<input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____									
<input type="checkbox"/>	J'autorise la direction du camp de jour KSF 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 (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 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.								
<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 du camp, qui fera le suivi approprié avec le camp.								
Signature du parent ou tuteur:									
Date :									

8. INFORMATION MÉDICALES & FICHE SANTÉ

Mon enfant a des allergies :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Si oui, lesquelles :			
Médication: (Si prise de médicament il y a, veuillez en indiquer la posologie)			
<input type="checkbox"/>	<p>Médicaments en vente libre (si applicable) J'autorise le personnel du camp de jour KSF à administrer à mon enfant, si nécessaire, un ou plusieurs médicaments sans ordonnance en vente libre.</p>		
No .Assurance-Maladie		Date d'expiration	

9. POLITIQUE DE DÉPART ET DE SERVICE DE GARDE

Les activités commencent à 9h et se terminent à 16h. Il est obligatoire de remplir la section ci-bas par un parent ou un tuteur pour pouvoir laisser partir un enfant seul ou accompagné. SVP, veuillez répondre aux questions suivantes :

* Vous pouvez cocher plus d'une case.

<input type="checkbox"/>	Mon enfant peut quitter seul à la fin de la journée
<input type="checkbox"/>	Mon enfant doit quitter un parent. Noms des parents : <ul style="list-style-type: none"> • _____ • _____
<input type="checkbox"/>	Mon enfant peut quitter avec un parent ou les personnes nommées ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> • _____ • _____ • _____ • _____

10. SERVICE DE GARDE

Mon enfant sera présent au service de garde	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, indiquez à quel moment : matin <input type="checkbox"/> soir <input type="checkbox"/> les deux <input type="checkbox"/>	

11. SIGNATURES

Je, _____ (nom du parent ou tuteur légal) , affirme que le document d'inscription est dument rempli en date du _____.

Signature du parent ou tuteur : _____

Date : _____

FORMULAIRE DE RECONNAISSANCE ET D'ACCEPTATION DES RISQUES

NOM DE L'ACTIVITÉ : _____

1- RISQUES INHÉRENTS À L'ACTIVITÉ

Je reconnais avoir été informé sur les risques inhérents à la pratique du kayak, du surf de rivière et du Stand up Paddleboard (SUP) qui font partie du programme de KSF. Les risques sont, de façon plus particulière, mais non limitative :

- Blessures dues à des chutes ou autres mouvements (entorse, foulure, fracture, dislocation de membres ;
- Blessures avec objet contondant ou coupant (branche, matériel, etc.) ;
- Traumatismes, le froid, l'hypothermie ;
- Blessures résultant de contact accidentel ou non entre les individus ;
- Allergies alimentaires ou autres allergies ;
- Contact avec l'eau ou noyade ;
- Brûlures ou troubles dus à la chaleur

J'accepte **en toute connaissance de cause** la nature de ces risques comme partie intégrante de l'activité, ainsi que les conséquences pouvant en résulter.

Je reconnais que, vu la nature du terrain et l'éloignement de la rive et des services, l'évacuation pourra être longue et ardue et que les soins médicaux ne pourra être administrés dans un délais court. Je comprends que le personnel pourra exclure de l'activité toute personne pouvant présenter un risque pour les autres.

Initiales _____

Initiales d'un parents (si moins de 16 ans) _____

2 - ÉTAT DE SANTÉSexe : _____ Âge : _____ Allergies? OUI / NON Si oui, précisez : _____Êtes-vous enceinte? OUI / NON Si oui, depuis combien de mois : _____Prise de médicaments ? OUI / NON Si oui, précisez le nom du (des) médicament(s) et la posologie : _____

Avez-vous des problèmes de santé physique, émotionnels ou comportementaux qui directement ou indirectement vous limiteraient dans la pratique de l'activité à laquelle vous allez participer ?

Spécifiez (ex. Problèmes respiratoires, cardiaques, diabète, de vision, de surdité, peur de l'eau, peur des rapides, limitation de mouvements ,etc.)

OUI / NON**N.B. Si vous avez répondus oui, vous devez rencontrer le moniteur et lui en faire part.**

Initiales _____

Initiales d'un parents (si moins de 16 ans) _____

Après en avoir discuté avec une personne responsable de KSF, j'accepte le risque additionnel qui pourrait entraîner une possible aggravation de mon état de santé.

Initiales _____

Initiales d'un parents (si moins de 16 ans) _____

REEMPLIR LE VERSO

3- AUTORISATION D'ADMINISTRER LES PREMIERS SOINS

En cas de blessure ou d'accident, ou en cas d'inconscience de ma part, j'autorise les personnes responsables à me prodiguer les soins d'urgence nécessaires et à prendre les mesures qui s'imposent pour me faire évacuer.

Si je suis sous traitement médical ou si j'ai des réactions connues face à certaines situations, j'en ai avisé les responsables et j'ai indiqué la marche à suivre en cas d'incapacité de ma part à administrer moi-même le traitement.

Initiales _____

Initiales d'un parents (si moins de 16 ans) _____

4- QUALITÉ DE L'EAU

Je reconnais qu'il est difficile de contrôler et de savoir avec exactitude la qualité des eaux ou KSF offrent ses activités. (Le fleuve St Laurent) Par le fait même je suis conscient que la baignade dans ces eaux peut causer des maladies de peaux, gastriques ou autres.

J'accepte la nature de ces risques comme partie intégrante de l'activité, ainsi que les conséquences pouvant en résulter.

Initiales _____

Initiales d'un parents (si moins de 16 ans) _____

4- CONFIRMATION DES RENSEIGNEMENTS ET ACCEPTATION DES RISQUES

J'atteste que les renseignements consignés dans la présente fiche sont exacts, et cela au meilleur de ma connaissance. Je certifie ne pas avoir délibérément omis de renseignements sur mon état de santé pertinents ou non. Je certifie ne pas avoir consommé de l'alcool ou des drogues avant l'activité sans en avoir informé un membre de l'équipe KSF. Je suis conscient(e) que l'information contenue dans la présente fiche est confidentielle et vise à mieux planifier et encadrer la sécurité des activités auxquelles je participerai et qu'elle permettra à **KSF** de dresser un profil de sa clientèle. Je suis conscient(e) que les activités offertes par **KSF** se déroulent dans des milieux semi-naturels ou naturels possiblement accidenté 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 mon état ou de ma blessure. Ayant pris connaissance de ces risques et ayant eu l'occasion d'en discuter avec une personne responsable de l'activité, je reconnais avoir été informé sur les risques inhérents aux activités et je suis en mesure d'entreprendre l'activité ou le séjour en TOUTE CONNAISSANCE DE CAUSE ET EN ACCEPTANT LES RISQUES que peut comporter ce séjour ou cette activité. Je m'engage aussi à jouer un rôle actif dans la gestion de ces risques en adoptant une attitude préventive à mon égard ainsi qu'à l'égard des autres personnes m'entourant. Le guide se réserve le droit d'exclure toute personne qu'il juge représenter un risque pour elle (lui) ou pour le reste du groupe. Je comprends qu'il m'est possible de quitter la présente activité pour un motif ou pour un **autre**.

Nom du participant (en lettres moulées) _____

Signature _____ Date _____

Courriel _____ Numéro de téléphone _____

Numéro de téléphone en cas d'urgence : _____

Personnes mineurs ou groupe d'enfants (À remplir par un parent ou tuteur pour les personnes de moins de 16 ans)

Nom d'un parent ou tuteur (si moins de 16 ans, en lettre moulées) _____

Signature _____ Date _____

Représentant de l'autorité responsable (Pour Groupe) : _____

Organisme ou nom de l'école : _____