

FORMULAIRE D'INSCRIPTION 2020

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Prénom _____ Nom de famille _____ Sexe _____

Adresse _____ Ville _____ Province _____

Pays _____ Code postal _____ Téléphone _____

Courriel du parent/tuteur _____ 2^e Courriel _____

Ancien campeur : Oui, depuis _____ Non Date de naissance _____ Âge _____

Dernière année scolaire complétée _____ École régulière fréquentée et ville _____

CHOIX DE LA SESSION

1^{ère} SESSION : du 28 juin au 11 juillet Instrument _____ Frais de séjour : **1 325 \$ ***

2^e SESSION : du 12 juillet au 25 juillet Instrument _____ Frais de séjour : **1 335 \$ ***

3^e SESSION : du 26 juillet au 8 août Instrument _____ Frais de séjour : **1 335 \$ ***

4^e SESSION : du 9 août au 22 août Instrument _____ Frais de séjour : **1 365 \$ ***

* Taxes et dépôt de 150 \$ non remboursable inclus.

6^e SESSION (relâche scolaire) : du 1 au 6 mars Instrument _____ Frais de séjour : **569 \$ ****

** Taxes et dépôt de 100 \$ non remboursable inclus.

Je souhaite participer aux ateliers de musique de chambre à la 4^e session Oui Non

Les frais de séjour aux sessions estivales incluent la réception de pistes musicales et d'un t-shirt. Format de t-shirt choisi : _____

(Les dimensions sont fournies à la fin du présent formulaire)

ÉTUDES MUSICALES

Nombre d'année(s) d'étude à l'instrument _____ Nom du professeur _____

Nom et adresse de l'école de musique : _____ Téléphone _____

TARIFS ET MODALITÉS DE PAIEMENT

L'inscription n'est officielle qu'à la réception d'un dépôt non remboursable de **150 \$ taxes incluses (100\$ pour la 6^e session)**.

Si les frais de séjour (sessions 1 à 4) sont acquittés avant le 1^{er} avril, une réduction de 50 \$ s'applique.

Le chèque doit être libellé à l'ordre du Camp musical Père Lindsay et posté au C.P.44, Joliette (Québec) J6E 3Z3.

Inscrire le nom du campeur sur le chèque. Le reçu pour les frais de séjour sera remis à l'arrivée au Camp.

Le Camp musical Père Lindsay offre, pour certaines sessions, un programme d'aide financière aux familles à faibles revenus, grâce aux contributions de la Fondation Père Lindsay, du Fonds Germaine-Gibara de la Fondation du Grand Montréal et d'autres donateurs. Si vous avez besoin d'une telle aide, veuillez communiquer avec le secrétariat du Camp au 450 755-2496. Des conditions s'appliquent.

J'aimerais contribuer au fonds d'aide financière du Camp musical Père Lindsay 150 \$ 100 \$ 50 \$ Autre _____

Comment avez-vous pris connaissance de la présente période d'inscription?

Ancien campeur Professeur Internet Amis Famille École Promotion du Camp

Nom de la personne responsable (père, mère, tuteur) _____

SIGNATURE DE LA PERSONNE RESPONSABLE

DATE

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Prénom _____ Nom de famille _____ Sexe _____

Numéro d'assurance maladie ou assurance privée _____ Date d'expiration _____

Contact en cas d'urgence _____

Téléphones maison _____ Cellulaire _____ Travail _____

Garde légale : Père et mère Père seulement Mère seulement Garde partagée Tuteur : _____

ALLERGIES

Rhume des foins Non Oui

Allergie aux piqûres d'insectes Non Oui

Si oui, précisez (Type d'insecte, symptômes, EpiPen^{MD}, autre) _____

Allergie aux arachides/noix Non Oui

Allergie alimentaire sévère pouvant causer un choc anaphylactique Non Oui

En cas d'allergie trop complexe, le camp se réserve le droit de demander aux parents de fournir des plats préparés afin de veiller au bien-être et à la sécurité de leurs enfants.

Si oui, précisez (notamment, à quand remonte la dernière crise) _____

Allergie à certains médicaments Non Oui

Si oui, précisez _____

Intolérance à certains aliments Non Oui

Si oui, précisez quels sont les intolérances et quels produits vous apporterez pour pallier à son inconfort _____

Végétarien Non Oui

HISTORIQUE MÉDICAL

Blessures ou maladies récentes Non Oui

Si oui, précisez _____

Maladies chroniques (Asthme, épilepsie, diabète, autre) Non Oui

Si oui, précisez _____

A déjà contracté une de ces infections (Otite, oreillon, varicelle, rougeole, infection urinaire, scarlatine) Non Oui

Si oui, précisez _____

A été vacciné aux âges recommandés (incluant contre le tétanos) Non Oui

Précisions : _____

A des restrictions physiques Non Oui

Si oui, précisez _____

Porte des prothèses Non Oui

Si oui, précisez _____

Problèmes de comportement Non Oui

Si oui, précisez _____

Particularités concernant le sommeil (Somnambulisme, énurésie, autre) Non Oui

Si oui, précisez _____

MÉDICAMENTS ET AUTRES

Prend des médicaments Non Oui

Si oui, veuillez nous fournir les informations suivantes :

- Nom complet du médicament apparaissant sur le contenant
- Dosage ou force du médicament en mg/ml ou autre posologie (inhalation, gouttes, crème, autre)
- Horaire d'administration (spécifier l'heure ou bien la période de la journée)
- Autonomie : a-t-il besoin qu'un adulte supervise ou administre le médicament ?

Veuillez lire la **Procédure relative à la distribution et à l'administration de médicaments à la fin du présent formulaire**

Nom du médicament	Dosage/Posologie	Horaire/Fréquence	Autonomie
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Nom du médecin, adresse et numéro de téléphone : _____

Indiquer tout autre détail pertinent concernant la prise des médicaments _____

AUTORISATIONS DES PARENTS

Distribution/administration de médicaments (si applicable) : Je reconnais avoir pris connaissance de la Procédure concernant la distribution et l'administration des médicaments à la fin du présent formulaire. J'autorise le professionnel habilité du Camp musical Père Lindsay à consulter au besoin le médecin identifié. Je reconnais que des risques sont associés à la distribution et/ou à l'administration de médicaments par un non professionnel (les moniteurs s'occupent de la distribution des médicaments, tandis que le processus d'administration des médicaments est établi par le professionnel habilité après évaluation, lors de la rencontre avec le parent ou tuteur autorisé). J'autorise la **distribution** ou l'**administration** du ou des médicament(s) listés plus haut.

Soins : J'autorise la direction du Camp musical Père Lindsay à prodiguer tous les soins nécessaires. Si la direction le juge nécessaire, je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement, dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire. De plus, s'il est impossible de nous joindre, j'autorise le médecin choisi par les autorités du Camp à prodiguer à mon enfant séjournant au Camp, tous les soins médicaux requis par son état.

Photos/vidéo : J'autorise le Camp musical Père Lindsay à utiliser des photos ou films de mes enfants pris lors de leurs séjours à des fins publicitaires.

Infolettre : Je souhaite recevoir des nouvelles et informations en provenance du Camp musical Père Lindsay par le biais d'une infolettre distribuée par voie électronique, dont je pourrai me désinscrire à tout moment.

Courriel pour la réception de l'infolettre _____

Nom de la personne responsable (père, mère, tuteur) _____

COMMENTAIRES/INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

PROCÉDURE RELATIVE À LA DISTRIBUTION ET À L'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS

Afin d'assurer un séjour agréable et sécuritaire à votre enfant, le personnel du Camp musical Père Lindsay requiert votre collaboration dans le suivi de chacune des étapes qui suivent.

- 1- Vous devez cocher les cases du chapitre **AUTORISATIONS DES PARENTS**, au paragraphe **Distribution/Administration de médicaments** puis signer le formulaire avant de l'acheminer. Aucune distribution ou administration de médicaments ne sera effectuée sans cette autorisation dûment signée.
- 2- Selon l'âge, la maturité et les capacités de votre enfant, vous seul pouvez évaluer si la prise de médication nécessite une **distribution** ou une **administration** de médicaments:
Distribution: enfant **CAPABLE** de prendre lui-même son médicament après que le moniteur le lui ait remis.
Administration: enfant **INCAPABLE** de prendre lui-même son médicament. Ce médicament doit être administré par une personne désignée.
- 3- Advenant toute modification de la prescription après avoir complété et envoyé le formulaire, vous devrez compléter à nouveau la fiche santé du formulaire et l'acheminer à l'adresse courriel secretariat@campmusicalperelindsay.com.
- 4- Au besoin, vous et votre enfant serez rencontrés à votre arrivée au Camp par un professionnel habilité qui analysera le présent formulaire et vous questionnera. Les médicaments devront être remis à ce moment-là dans leurs contenants originaux et accompagnés de l'étiquette produite par le pharmacien, au nom de l'enfant. Toute médication doit être prête à être administrée (ex. : pilulier, seringue pré remplie, unidose, etc.).
- 5- Vous devez assurer le renouvellement de la prescription du médicament lorsque nécessaire et reprendre le médicament lorsque le séjour est complété.
- 6- Enfin, il est important de responsabiliser votre enfant face à sa médication et l'aviser qu'il ne doit en aucun cas échanger ou donner sa médication à d'autres campeurs et lui faire prendre conscience des conséquences dangereuses que cela pourrait engendrer.

Nous vous invitons à nous contacter pour toute question relative à cette procédure.

POLITIQUE DE REMBOURSEMENT/ANNULATION

- Les frais d'inscription (dépôt de 100\$) ne sont pas remboursables en cas d'annulation de la part du client. Les frais d'inscription seront remboursés en cas d'annulation de l'inscription de la part du camp.
- Les frais de séjour seront remboursés à 100 % dans le cas d'une annulation de plus de 61 jours avant le début du séjour.
- Les frais de séjour seront remboursés à 75 % dans le cas d'une annulation entre 45 à 60 jours avant le début du séjour.
- Les frais de séjour seront remboursés à 50 % dans le cas d'une annulation entre 31 à 44 jours avant le début du séjour.
- Les frais de séjour ne seront pas remboursés dans le cas d'une annulation à moins de 30 jours du début du séjour.
- Les frais de séjour seront remboursés en cas d'une annulation avant le séjour pour raisons de santé avec confirmation d'un médecin.
- Les frais de séjours ne seront pas remboursés si le campeur ne se présente pas au camp lors du séjour ou s'il quitte pour des raisons autres que la maladie. Dans le cas d'un départ avant la fin du séjour pour cause de santé ou dans l'éventualité où le camp expulse le campeur, le camp rembourse la portion des frais de séjours non consommée en se gardant, à titre de pénalité, la moins élevée des sommes suivantes : 50 \$ ou 10 % du prix du service qui n'a pas été consommé par le client.

CHOIX DU FORMAT DE T-SHIRT OFFERT

Junior XS/TP (15'' de tour de poitrine x 19'' de long) / Junior S/P (16'' de tour de poitrine x 20'' de long) / Junior M/M (17'' de tour de poitrine x 22'' de long) / Junior L/G (18'' de tour de poitrine x 24'' de long) / Junior XL/TG (19'' de tour de poitrine x 26'' de long) / S/P (18'' de tour de poitrine x 28'' de long) / M/M (20'' de tour de poitrine x 29'' de long) / L/G (22'' de tour de poitrine x 30'' de long) / XL/TG (24'' de tour de poitrine x 31'' de long) / 2X (26'' de tour de poitrine x 32'' de long) / Indiquez « Aucun » si vous ne souhaitez pas recevoir de t-shirt.