Funded by: Immigration, Refugees and Citizenship Canada

Financé par : Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada

Accueil francophone

DIVISION SCOLAIRE FRANCO-MANITOBAINE

FORMULAIRE D'AUTORISATION ET D'INSCRIPTION

CAMP ReVE 2023

- ☐ École Taché du 3 au 21 juillet 2022
- ☐ Centre Scolaire Léo Rémillard du 31 juillet au 18 août 2023
- ☐ École Lagimodiere du 21 août au 1er septembre 2023

Faites un choix des deux camps

Tous les participants doivent remplir ce formulaire et le remettre à la direction de l'Accueil Francophone **le 15 mai au plus tard**.

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS DE L'ÉLÈVE

Prénom	**Nom de famille**	**Date de naissance**	**Sexe** ☐ **M** ☐ **F**
Numéro de tél. d'un parent/tuteur	**Numéro cellulaire** d'un parent/tuteur	**Numéro IUC**	
École	**Niveau scolaire :**		

CONTACT D'URGENCE

Prénom	**Nom de famille**	**Numéro de contact**
Prénom	**Nom de famille**	**Numéro de contact**

Personne autorisée à venir chercher votre enfant :

Nom **Téléphone** **Lien avec enfant**	**Nom** **Téléphone** **Lien avec enfant**	**Nom** **Téléphone** **Lien avec enfant**

RENSEIGNEMENTS ALIMENTAIRES ET MÉDICAUX

Allergies/Restrictions alimentaires : **Régime végétarien :** Oui ☐ Non ☐	
Besoins spécifiques :	
Numéro assurance maladie :	**Numéro personnel :**
Médecin famille :	**Numéro de téléphone :**
Adresse :	

Funded by: Financé par :
Immigration, Refugees and Citizenship Canada
Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada

Accueil francophone

DIVISION SCOLAIRE FRANCO-MANITOBAINE

Nom du parent/tuteur légal (en lettres moulées)

Signature du parent/tuteur légal

Date

AUTORISATION ET RÈGLEMENTS

- 1. Je m'engage à avertir le responsable du camp la journée même si mon enfant doit repartir avec une autre personne autorisée inscrite au dossier.
- 2. J'autorise le personnel mandaté à prodiguer tous les soins nécessaires demandés à mon enfant. J'autorise qu'il soit transporté par ambulance si cela est nécessaire par son état dans un établissement hospitalier.
- 3. Je permets à mon enfant de participer aux sorties.
- 4. Je donne la permission au personnel mandaté par l'Accueil francophone d'aller marcher et jouer dans les parcs dans le quartier.
- 5. Je dégage le personnel mandaté par l'Accueil francophone ainsi que l'Accueil francophone de toute responsabilité en cas d'accidents survenant à mon enfant lors du camp ReVE.
- 6. Je comprends que les activités se déroulent à l'intérieur et à l'extérieur, plusieurs risquent, bien que peu fréquents, y sont associés donc écorchures, insolation, foulures, entorses, étirements musculaires et ligamentaires, fractures, piqûres d'insectes, contacts avec des plantes pouvant causer une réaction allergique, blessures aux yeux, etc.
- 7. J'autorise l'Accueil francophone et la DSFM à prendre et à utiliser des photos et/ou des vidéos de mon enfant pour usage promotionnel ou publicitaire.
- 8. Je dégage l'Accueil francophone, les propriétaires des lieux où se déroulent les activités, les bénévoles, les encadreurs et toute autre personne morale ou physique de tout responsabilités en regard à tout dommage physique ou moral qui pourrait avoir lieu dans le cours normal du camps ReVE.
- 9. En cas de perte, vol, accident ou service, je renonce à exiger une compensation quelconque ou à intenter un recours quelconque contre l'Accueil Francophone, leurs partenaires, un membre de leur personnel, un employé ou un agent responsable.

RISQUES

Accidents, risques reliés à la nature des activités, les équipements, risques reliés à l'élève, comportement, état physique, santé, se perdre ou se trouver séparer du groupe, réactions allergiques, autres risques liés normalement à la participation à l'activité et à l'environnement, de sorte qu'il est impossible de tous les énumérer.

Rappel : Ce présent formulaire est à remettre impérativement pour le 15 mai 2023

Funded by: Financé par :
Immigration, Refugees and Citizenship Canada
Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada
Accueil francophone
DIVISION SCOLAIRE FRANCO-MANITOBAINE

FICHE MÉDICALE

- Antécédents médicaux : .....
- Maladies ou blessures graves : .....
- Interventions chirurgicales : .....
- Maladies chroniques : .....
- Maladies contagieuses : .....
- Les vaccins votre enfant sont-ils à jour ? ☐ OUI ☐ NON

  Date du dernier vaccin antitétanique : .....
- Votre enfant porte-t-il des lunettes ? ☐ OUI ☐NON
- Votre enfant a-t-il des problèmes de comportements ? ☐OUI ☐NON

  Spécifiez : .....

- Veuillez décrire votre enfant lorsqu'il participe à des activités de groupe :

  .....

  .....

- Autres éléments que vous aimeriez spécifier sur votre enfant :

  .....

  .....

- Si l'état de santé de votre enfant varie au moment de remplir ce formulaire et de son arrivée au camp, vous êtes dans la responsabilité de nous en informer.

- Cochez si votre enfant a des besoins de santé et le traitement approprié.
  Spécifiez au besoin :

☐Asthme
☐Épilepsie
☐Maladie cardiaque
☐Diabète
☐Problème auditif
☐Problème intellectuel

☐Problème physique
☐Autre (Précisez) : .....

➢ **Allergies et intolérances :**

- Votre enfant a-t-il des allergies ou des intolérances : ☐OUI ☐ NON
  Si oui, précisez :
  .....
  .....
  .....

- Type de réaction de l'allergie ou de l'intolérance et médication :
  .....
  .....

- Votre enfant a-t-il toujours en sa possession son Épipen ? ☐OUI ☐NON

- Votre enfant prend-t-il des médicaments ? ☐ OUI ☐ NON
  Spécifiez (posologie) : .....

- Votre enfant sait-il nager ? ☐Oui ☐Non

- Votre enfant doit-il porter une veste de flottaison ? ☐Oui ☐Non

- Votre enfant a – il des réserves pour certaines activités ? ☐Oui ☐ Non
  Spécifiez : .....

_____
Nom du parent/tuteur légal (en lettres moulées)

Funded by: Financé par :
Immigration, Refugees and Citizenship Canada
Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada

Accueil francophone

DIVISION SCOLAIRE FRANCO-MANITOBAINE

_____ _____

Signature du parent/tuteur légal

Date