



# CAMPS DE JOUR YMCA INSCRIPTION 2022

Une fois le formulaire rempli, veuillez nous le transmettre par courriel à [campsdejour@ymcaquebec.org](mailto:campsdejour@ymcaquebec.org)

## ENFANT

Nom \_\_\_\_\_  
Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Genre  M  F  X  
aaaa mm jj

**Si votre campeur.euse est transgenre ou a une identité de genre non conforme, veuillez nous contacter au 514 789-8001, poste 1517, pour que nous puissions offrir la meilleure expérience possible à votre campeur.euse.**

## CONTACT PRINCIPAL

Prénom \_\_\_\_\_  
Nom \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Genre  M  F  X  
aaaa mm jj

Adresse \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_

Pays \_\_\_\_\_

Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Langue  Français  Anglais

Téléphone #1 \_\_\_\_\_

Téléphone #2 \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_

Je consens à recevoir des communications électroniques des YMCA du Québec concernant leurs services et événements. Je comprends que je peux annuler ce consentement en tout temps en contactant l'expéditeur ou tout agent du service à la clientèle, ou en cliquant sur le lien de désabonnement contenu dans chaque message.

## CONTACT SECONDAIRE

Prénom \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Genre  M  F  X  
aaaa mm jj

Adresse \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_

Pays \_\_\_\_\_

Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Langue  Français  Anglais

Téléphone #1 \_\_\_\_\_

Téléphone #2 \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_

Je consens à recevoir des communications électroniques des YMCA du Québec concernant leurs services et événements. Je comprends que je peux annuler ce consentement en tout temps en contactant l'expéditeur ou tout agent du service à la clientèle, ou en cliquant sur le lien de désabonnement contenu dans chaque message.

Postulez-vous pour obtenir une aide financière?  Oui  Non

Qui a la garde du/de la campeur.euse?  Les deux contacts  Le contact principal  Le contact secondaire

Veuillez fournir le prénom et le nom de famille d'un contact local en cas d'urgence, qui est une autre personne que celles figurant parmi les contacts reliés au compte et qui sera facilement joignable quand le/la campeur.euse sera au camp.

## CONTACT D'URGENCE #1

Prénom \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_

Quel est son lien avec le/la campeur.euse? \_\_\_\_\_

Domicile \_\_\_\_\_ Travail \_\_\_\_\_ Cellulaire \_\_\_\_\_

Cette personne peut venir chercher votre campeur.euse au camp:

Tout le temps  Le matin  L'après-midi  Seulement avec une autorisation spéciale du contact principal  Jamais

## CONTACT D'URGENCE #2

Prénom \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_

Quel est son lien avec le/la campeur.euse? \_\_\_\_\_

 Domicile \_\_\_\_\_  Travail \_\_\_\_\_  Cellulaire \_\_\_\_\_

Cette personne peut venir chercher votre campeur.euse au camp:

Tout le temps  Le matin  L'après-midi  Seulement avec une autorisation spéciale du contact principal  Jamais

## CONTACT D'URGENCE #3

Prénom \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_

Quel est son lien avec le/la campeur.euse? \_\_\_\_\_

 Domicile \_\_\_\_\_  Travail \_\_\_\_\_  Cellulaire \_\_\_\_\_

Cette personne peut venir chercher votre campeur.euse au camp:

Tout le temps  Le matin  L'après-midi  Seulement avec une autorisation spéciale du contact principal  Jamais

## AUTRES INFORMATIONS

Êtes-vous un.e résident.e du Québec?  Oui  Non

Souhaitez-vous recevoir un relevé 24 à des fins fiscales?

Oui  Non

Veuillez fournir le numéro d'assurance sociale de la personne qui joindra le RL-24 à sa déclaration d'impôts.

\_\_\_\_\_

Ce NAS appartient-il au contact principal ou au contact secondaire?

Le contact principal  Le contact secondaire

Comment avez-vous entendu parler de notre camp de jour?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Est-ce la première expérience de camp de jour de votre campeur.euse?  Oui  Non

En plus du bulletin d'information hebdomadaire qui vous sera envoyé par courriel, souhaitez-vous que le/la conseiller.e du groupe de votre campeur.euse vous contacte par téléphone avant le début du camp?  Oui  Non

### Données statistiques démographiques relatives à la race/

l'ethnicité: veuillez uniquement les partager avec nous si vous êtes à l'aise avec cela. Les réponses à ces questions serviront à mieux évaluer qui sont les membres de la communauté auprès de qui nous œuvrons, afin de nous aider à faire avancer nos initiatives de diversité et d'inclusion. Vous diriez que votre campeur.euse est:

- Blanc.he (d'origine européenne)
- Noir.e (d'origine africaine ou caribéenne)
- Latinx ou hispanique
- Asiatique (Extrême-Orient, Asie du Sud-Est ou sous-continent indien)
- Polynésien.ne
- Autochtone/Métis/Inuit
- Biracial.e (métissé.e)  Autre

**Autres données statistiques:** veuillez uniquement les partager avec nous si vous êtes à l'aise avec cela. Si votre campeur.euse ou votre famille appartient à une minorité ou à une population marginalisée ne rentrant pas dans les catégories ci-dessus, veuillez donner des précisions ici (ex.: LGBTQ+, race/ethnicité non listée, minorité religieuse, capacités différentes, etc.)

\_\_\_\_\_

Votre campeur.euse a-t-il/elle la permission de quitter le camp seul.e à la fin de la journée?

- Oui  Non
- Oui avec son frère ou sa sœur qui participe également au camp

## AUTRES INFORMATIONS

**Vers quelle heure votre campeur.euse quittera-t-il/elle le camp chaque jour?** Nous savons que la vie peut être imprévisible parfois! Nous demandons ce renseignement uniquement car cela nous aide à mieux gérer notre personnel. Vous pouvez ajouter l'option de garderie hebdomadaire au moment de l'inscription en ligne ou en contactant notre bureau administratif.

Avant 16 h  de 16 h à 16 h 30  de 16 h 30 à 17 h  de 17 h à 17 h 30  de 17 h 30 à 18 h  Je ne sais pas

**Quelle est l'identité de genre de votre campeur.euse?** S'il/elle est transgenre ou ne se conforme pas aux normes de genre, et que vous aimeriez nous parler de son expérience de camp, veuillez nous contacter au 514 789-8001, poste 1517.

**Quel est le dernier niveau d'enseignement que votre campeur.euse a complété?**

**Quelle est la taille de chandail de votre campeur.euse?** (Les chandails sont unisexes, en taille enfant et adulte)

Enfant S  Enfant M  Enfant L  Adulte S  Adulte M  Adulte L  Adulte XL

**Quelle est la langue maternelle de votre campeur.euse?**  Français  Anglais  Autre \_\_\_\_\_

**Si la langue maternelle de votre campeur.euse n'est pas l'anglais, veuillez évaluer sa capacité à parler et à comprendre l'anglais.** (0 = aucune; 5 = parle couramment)  0  1  2  3  4  5

**Dans quelle langue préférez-vous recevoir les communications de la part du camp?**  Français  Anglais

**Votre campeur.euse peut-il/elle nager seul.e?**  Oui  Non

**Quel est le niveau de natation de votre campeur.euse?** (Niveau de natation YMCA ou autre expérience)

**Votre campeur.euse a-t-il/elle des besoins comportementaux?**

Oui  Non

**Votre campeur.euse a-t-il/elle des capacités différentes?**

Oui  Non

**Votre campeur.euse a-t-il/elle besoin du soutien d'un compagnon pour pouvoir profiter pleinement du camp?** (Si oui, veuillez nous contacter avant de procéder à l'inscription de votre campeur.euse)  Oui  Non

**Aidez-nous à faire du camp une expérience plus accueillante pour votre campeur.euse en nous indiquant quels sont ses centres d'intérêt, et, si tel est le cas, quelles sont les préoccupations qu'il/elle a à propos du camp de jour:**

**Veuillez nous indiquer si votre campeur.euse a des habitudes particulières en matière de nourriture (les allergies seront à spécifier dans une autre section) ou lorsqu'il/elle se trouve avec ses pairs:**

**Veuillez lister toute circonstance particulière dont nous devrions être informés:**

**Demande pour être avec un.e/des ami.e(s): aller au camp, c'est se faire de nouveaux amis, mais aussi entretenir des amitiés existantes!** Nous ferons toujours de notre mieux pour honorer les demandes de campeurs.euses souhaitant être dans le même groupe au camp. En cas de pépin, n'hésitez pas à en parler directement avec notre personnel. Veuillez vous assurer que ces demandes sont formulées pour des campeurs.euses d'âge similaire, participant à la même session et au même programme de camp, et qu'elles ne concernent, au maximum, que DEUX autres campeurs.euses.

**Comment pouvons-nous soutenir au mieux les besoins émotionnels de votre campeur.euse, ou le/la soutenir au mieux s'il/elle fait face à une situation difficile impactant son bien-être général?** S'il y a lieu, veuillez indiquer tous besoins/situations et formes de soutien.

## AUTRES INFORMATIONS

Lorsque votre campeur.euse adopte des comportements répétitifs ou difficiles, ou lorsqu'un obstacle à sa participation survient, quelle est la meilleure façon de le/la soutenir à ce moment-ci et de créer un environnement plus accessible à l'avenir?

S'il y a lieu, veuillez indiquer de possibles comportements, déclencheurs et mesures de soutien ou ajustements.

---

---

En plus de l'appel du/de la conseiller.e avant le début de la session, souhaitez-vous entrer en contact par courriel/téléphone avec le/la responsable du site de camp (coordonnateur.trice) avant l'été afin d'aborder des points précis à propos du bien-être de votre campeur.euse au camp?  Oui  Pas nécessaire

J'autorise les camps YMCA à prendre des photos et vidéos de mon/ma campeur.euse et à les utiliser à des fins promotionnelles (médias sociaux, site Internet, brochures, etc.). Veuillez noter que, pour la documentation imprimée, le YMCA vous contactera afin d'obtenir une autorisation supplémentaire avant impression.

Je donne mon autorisation  Je ne donne pas mon autorisation

## INFORMATIONS MÉDICALES

**Veuillez sélectionner votre régime d'assurance-maladie:**

(Les résidents du Québec doivent fournir leur numéro d'assurance-maladie. Les personnes ne résidant pas au Québec doivent fournir des renseignements relatifs à leur assurance-maladie ainsi que leur numéro de carte d'assurance-maladie afin de payer les frais médicaux si nécessaire au cours de leur séjour au camp).

- Assurance-maladie provinciale (QC)
- Assurance-maladie provinciale (non QC)
- Assurance-maladie privée

**Résidents du Québec:** veuillez fournir le numéro d'assurance-maladie de votre campeur.euse.

---

**Résidents du Québec:** veuillez indiquer la date d'expiration de la carte d'assurance-maladie de votre campeur.euse.

---

**Veuillez indiquer tout problème de santé dont nous devrions avoir connaissance.** Tous les renseignements fournis demeureront confidentiels. Les renseignements à propos de la santé de votre campeur.euse seront uniquement communiqués à son/sa conseiller.e et au/à la superviseur.e immédiat.e du/de la conseiller.e afin de mieux soutenir votre campeur.euse et d'assurer que toute urgence pourra être gérée de manière efficace.

---

---

---

**Votre campeur.euse a-t-il déjà subi une opération chirurgicale?**  Oui  Non

Si oui, veuillez indiquer la/les date(s) et le type d'opération:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_\_  
aaaa / mm / jj

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_\_  
aaaa / mm / jj

**Votre campeur.euse a-t-il/elle déjà subi des blessures graves qui pourraient limiter sa participation au camp?**

Veuillez indiquer la/les date(s) à laquelle votre campeur.euse a subi ces blessures et les décrire:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_\_  
aaaa / mm / jj

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_\_  
aaaa / mm / jj

**Votre campeur.euse porte-t-il/elle un/des dispositif(s) prothétique(s) (pour entendre, voir, l'aider dans sa mobilité, etc.)?**

Oui  Non

Si tel est le cas, veuillez décrire son utilisation et si votre campeur.euse a besoin d'aide avec ce(s) dispositif(s):

---

---

**Y a-t-il des activités auxquelles votre campeur.euse ne devrait-il/elle pas participer?**  Oui  Non

Si oui, veuillez expliquer:

---

---

## INFORMATIONS MÉDICALES

**Votre campeur.euse a-t-il/elle un problème de santé chronique ou récurrent ?** Veuillez expliquer :

---

---

**Votre campeur.euse a-t-il/elle déjà eu l'une des maladies suivantes ?**

- Otites  Oreillons  Varicelle  Rougeole  Scarlatine  
 COVID-19  Autre (précisez)  Aucune de ces maladies

Veuillez préciser si vous avez sélectionné « autre » :

---

**Votre campeur.euse est-il/elle asthmatique ?**  Oui  Non

Si oui, veuillez nous fournir davantage d'informations :

---

---

**Votre campeur.euse est-il/elle diabétique ?**  Oui  Non

Si oui, veuillez nous fournir davantage d'informations :

---

---

**Votre campeur.euse est-il/elle épileptique ?**  Oui  Non

Si oui, veuillez nous fournir davantage d'informations :

---

---

**Votre campeur.euse souffre-t-il/elle de migraines ?**  Oui  Non

Si oui, veuillez nous fournir davantage d'informations :

---

---

**Veuillez indiquer lesquels des vaccins suivants votre campeur.euse a-t-il/elle reçus** (veuillez indiquer les dates de vaccination, le cas échéant) :

- Rougeole  Rubéole  Oreillons  DCT  Poliomyélite  Tétanos  Varicelle  COVID-19 1<sup>re</sup> dose  COVID-19 2<sup>e</sup> dose  COVID-19 3<sup>e</sup> dose  Aucun de ces vaccins
- \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
aaaa / mm / jj
- \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
aaaa / mm / jj
- \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
aaaa / mm / jj
- \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
aaaa / mm / jj
- \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
aaaa / mm / jj
- \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
aaaa / mm / jj
- \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
aaaa / mm / jj
- \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
aaaa / mm / jj
- \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
aaaa / mm / jj
- \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
aaaa / mm / jj

**Votre campeur.euse a-t-il/elle des allergies ?**

- Rhume des foins  Sumac vénéneux  Piqûres d'insectes  
 Animaux  Pénicilline  Autre(s) médicament(s)  
 Allergie aux noix  Allergie alimentaire  Autre (précisez)  
 Aucune

Si oui, veuillez nous fournir des détails ici (réaction, traitement, etc.) :

---

---

**Votre campeur.euse a-t-il/elle un EpiPen en sa possession en cas de réaction allergique ?**  Oui  Non

Si oui, qui est autorisé à conserver et à administrer l'épinéphrine à votre campeur.euse ?

- Le/la campeur.euse seul.e  
 Le/la conseiller.e du/de la campeur.euse  
 Tout autre adulte responsable au camp

Quel est le dosage de l'EpiPen de votre campeur.euse ?

---

---

**Votre campeur.euse suit-il/elle un traitement médical ?**

- Oui  Non

Nom du/des médicament(s) et informations quant au dosage :

---

---

**Peut-il/elle le prendre seul.e/sans supervision ?**  Oui  Non

---

---

Si votre campeur.euse consulte actuellement un professionnel de la santé mentale ou une autre ressource afin de l'aider avec son comportement ou son bien-être général, nous vous demandons de nous fournir ses coordonnées dans le cas où votre campeur.euse aurait besoin de le/la contacter pendant son séjour au camp. Veuillez nous fournir son nom :

---

---

**Organisme de la personne apportant du soutien :**

---

**Numéro de téléphone de la personne apportant du soutien :**

---

## RABAIS

Cochez les rabais auxquels vous avez droit. Les rabais seront appliqués sous forme de remboursement émis lors du traitement de votre inscription.

- 5% Rabais hâtif jusqu'au 3 avril inclusivement.
- 10% Membre YMCA (si L'ENFANT est membre du Y)
- 5% Rabais famille multiple – Réduction offerte à chaque enfant d'une même famille à partir du 2<sup>e</sup> enfant (sur le camp dont le prix est le moins élevé)

*Les rabais s'appliquent sur le montant à payer une fois le dépôt réglé. Seul le rabais hâtif peut se cumuler avec d'autres rabais. Les rabais ne s'appliquent pas au service de garde.*

## PROGRAMMES ET SERVICES ADDITIONNELS

YMCA NOTRE-DAME-DE-GRÂCE		Programme de camp			Services complémentaires – Service de garde	
Semaine	Dates	Classique 5 - 12 ans 9h - 16h	Programme compagnons 5 - 12 ans 9h - 16h	Énergik 9 - 12 ans 9h - 16h	Matin 5 - 12 ans 7h30 - 9h	Après-midi 5 - 12 ans 16h - 18h
1	27 juin – 30 juin	<input type="checkbox"/> 185 \$	<input type="checkbox"/> 185 \$	<input type="checkbox"/> 198 \$	<input type="checkbox"/> 16 \$	<input type="checkbox"/> 24 \$
2	4 juillet – 8 juillet	<input type="checkbox"/> 230,50 \$	<input type="checkbox"/> 230,50 \$	<input type="checkbox"/> 247 \$	<input type="checkbox"/> 20 \$	<input type="checkbox"/> 30 \$
3	11 juillet – 15 juillet	<input type="checkbox"/> 230,50 \$	<input type="checkbox"/> 230,50 \$	<input type="checkbox"/> 247 \$	<input type="checkbox"/> 20 \$	<input type="checkbox"/> 30 \$
4	18 juillet – 22 juillet	<input type="checkbox"/> 230,50 \$	<input type="checkbox"/> 230,50 \$	<input type="checkbox"/> 247 \$	<input type="checkbox"/> 20 \$	<input type="checkbox"/> 30 \$
5	25 juillet – 29 juillet	<input type="checkbox"/> 230,50 \$	<input type="checkbox"/> 230,50 \$	<input type="checkbox"/> 247 \$	<input type="checkbox"/> 20 \$	<input type="checkbox"/> 30 \$
6	1 août – 5 août	<input type="checkbox"/> 230,50 \$	<input type="checkbox"/> 230,50 \$	<input type="checkbox"/> 247 \$	<input type="checkbox"/> 20 \$	<input type="checkbox"/> 30 \$
7	8 août – 12 août	<input type="checkbox"/> 230,50 \$	<input type="checkbox"/> 230,50 \$	<input type="checkbox"/> 247 \$	<input type="checkbox"/> 20 \$	<input type="checkbox"/> 30 \$
8	15 août – 19 août	<input type="checkbox"/> 230,50 \$	<input type="checkbox"/> 230,50 \$	<input type="checkbox"/> 247 \$	<input type="checkbox"/> 20 \$	<input type="checkbox"/> 30 \$
9	22 août – 25 août	<input type="checkbox"/> 185 \$	<input type="checkbox"/> 185 \$	<input type="checkbox"/> 198 \$	<input type="checkbox"/> 16 \$	<input type="checkbox"/> 24 \$

*La date limite d'inscription pour chaque semaine de camp est le jeudi précédant la semaine pour laquelle vous inscrivez votre campeur.euse.*

*Après cette date, veuillez contacter le bureau administratif des camps de jour.*

Additionnez le total des semaines de camp et des frais additionnels choisis.

<b>TOTAL</b>	
--------------	--

## PAIEMENT

- Un acompte de 10% par semaine est requis au moment de l'inscription.
- Tous les frais doivent être intégralement payés **un mois** avant le début d'une semaine donnée.
- Des frais de 15 \$ seront prélevés pour tout paiement refusé.

## MODIFICATIONS

- Les annulations ou changements seront uniquement acceptés par **courriel**. Veuillez envoyer votre demande par courriel à l'adresse suivante : **contact@ymcaquebec.org**.  
*Les changements se feront selon les disponibilités.*

## ANNULATIONS

- Un remboursement ne sera pas accordé sans une demande par écrit.
- L'administration des camps de jour se réserve le droit d'annuler (et de rembourser) toute inscription à tout moment. Tous les remboursements seront effectués selon la même méthode de paiement. Si un paiement a été effectué avec une carte de débit ou en argent comptant, le/la client.e sera remboursé.e à l'aide d'un chèque.
- Lorsque la semaine de camp a débuté, les remboursements seront calculés au prorata des jours pour lesquels votre campeur.euse était présent.e au cours de cette même semaine.
- L'absence du camp de jour ne constitue pas un retrait du programme. Un remboursement ne sera pas accordé.
- Un remboursement ne sera pas effectué si le/la campeur.euse est renvoyé.e chez lui/elle pour cause de mauvais comportement.



# Conditions générales Camps de jour des YMCA du Québec

## Je soussigné.e, comprends et accepte les conditions suivantes :

1. Bien que les membres du personnel et les moniteurs.trices du YMCA font tout ce qui est raisonnablement possible afin de minimiser l'exposition aux risques, je comprends qu'en inscrivant mon/ma campeur.euse au camp, il/elle participera à des activités physiques comportant des risques de blessure inhérents. Mon/ma campeur.euse et moi-même sommes conscients que nous recevrons le Guide du parent qui contiendra des informations supplémentaires quant aux directives relatives au bien-être et la sécurité.
2. Si mon/ma campeur.euse doit consulter un dentiste, un médecin, ou recevoir une prescription pour des médicaments durant son séjour au camp, les frais pour ces services ou ce transport sont à la charge du parent ou du tuteur légal.
3. Je m'engage à aviser le camp immédiatement si mon/ma campeur.euse a été exposé.e à une maladie contagieuse, des poux ou des punaises de lit avant son arrivée au camp.
4. J'informerai immédiatement le camp si l'état de santé de mon/ma campeur.euse a changé depuis son inscription.
5. J'autorise le personnel des camps de jour YMCA à administrer à mon/ma campeur.euse des médicaments selon la prescription d'un médecin ou d'un pharmacien, ou un médicament d'urgence en cas d'anaphylaxie.
6. Les membres du personnel des camps de jour YMCA peuvent inspecter les cheveux de mon/ma campeur.euse pour détecter s'il/elle a des poux. Si mon/ma campeur.euse a des poux ou des lentes, il/elle devra retourner à la maison pour recevoir un traitement et se faire inspecter les cheveux lors de son retour au camp.
7. Les camps de jour YMCA se réservent le droit d'expulser d'un programme un campeur ou une campeuse dont le comportement met en danger sa santé émotionnelle et physique ou celle des autres enfants. Il est de la responsabilité du parent ou du tuteur légal de venir chercher l'enfant.
8. Je m'engage à collaborer et à venir rencontrer les responsables du camp si le comportement de mon/ma campeur.euse nuit au bon fonctionnement du camp. **Réponse obligatoire.**  
OUI \_\_\_\_\_ NON \_\_\_\_\_  
          initiales                   initiales
9. Mon/ma campeur.euse et moi-même reconnaissons que nous avons la responsabilité de prendre connaissance des mesures de sécurité et des autres règlements établis par le personnel du YMCA et de nous y conformer en tout temps. Mon/ma campeur.euse et moi-même comprenons que tout comportement comportant des risques pour mon/ma campeur.euse, ou pour les autres, peut entraîner un renvoi immédiat du programme. J'accepte d'assumer tous les frais qui pourraient découler d'un tel renvoi.
10. Le YMCA, son personnel et ses partenaires ne sont pas responsables de la perte, du vol ou des dommages causés aux biens de mon/ma campeur.euse lors de sa participation au camp.



# Conditions générales Camps de jour des YMCA du Québec

## En cas d'urgence et après avoir d'abord tenté de rejoindre les parents/tuteurs.trices/personnes à contacter en cas d'urgence :

11. En cas d'accident, de blessure ou de maladie impliquant mon/ma campeur.euse, s'il est impossible pour le personnel du YMCA de rentrer directement en contact avec un parent/tuteur, j'autorise et donne la permission au personnel du YMCA de se procurer le traitement médical approprié et je l'autorise à agir en mon nom propre dans le cadre de toute procédure, y compris l'admission aux urgences, à l'hôpital et de tout traitement relié, comme des rayons X, d'autres tests et traitements, des injections, une anesthésie et/ou une chirurgie, et si cela est jugé nécessaire par le(s) professionnel(s) de la santé présent(s).  
Je consens à ne pas tenir responsables les YMCA du Québec de tout coût ou de toute blessure découlant d'une situation d'urgence.
12. Je confirme avoir lu les informations fournies par les camps du jour YMCA et avoir compris les implications de la participation à un programme des camps du jour YMCA. **Réponse obligatoire.**

OUI \_\_\_\_\_ NON \_\_\_\_\_  
          initiales                         initiales

Signature du parent ou du/de la tuteur.trice  
J'ai lu et j'accepte les conditions présentes.

\_\_\_\_\_ Signature

Date: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
          aaaa                         mm                         jj