



CAMP DE JOUR COMMUNAUTAIRE YMCA POINTE-SAINT-CHARLES INSCRIPTION 2022

Une fois le formulaire rempli, veuillez nous le transmettre par courriel à michelle.johnson@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 514 935-4711, poste 243, 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

AUTRES INFORMATIONS

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

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

Oui Non

Veillez 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

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

Quelle est la langue maternelle de votre campeur.euse?

Français Anglais Autre _____

Si la langue maternelle de votre campeur.euse n'est pas le français, veuillez évaluer sa capacité à parler et à comprendre le français. (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)

AUTRES INFORMATIONS

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

Oui Non

Votre campeur.euse a-t-il/elle des besoins particuliers ou 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 lister toute circonstance particulière dont nous devrions être informés:

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

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:

INFORMATIONS MÉDICALES

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:

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 _____ / _____ / _____
aaaa / mm / jj
- Rubéole _____ / _____ / _____
aaaa / mm / jj
- Oreillons _____ / _____ / _____
aaaa / mm / jj
- DCT _____ / _____ / _____
aaaa / mm / jj
- Poliomyélite _____ / _____ / _____
aaaa / mm / jj
- Tétanos _____ / _____ / _____
aaaa / mm / jj
- Varicelle _____ / _____ / _____
aaaa / mm / jj
- COVID-19 1^{re} dose _____ / _____ / _____
aaaa / mm / jj
- COVID-19 2^e dose _____ / _____ / _____
aaaa / mm / jj
- COVID-19 3^e dose _____ / _____ / _____
aaaa / mm / jj
- Aucun de ces vaccins

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 prend t-il/elle des médicaments?

Oui Non

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

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

PROGRAMMES

YMCA POINTE-SAINT-CHARLES		Programme de camp	
Semaine	Dates	Camp de jour 5 – 12 ans 8 h 30 – 16 h 30	Programme compagnons 5 – 12 ans 8 h 30 – 16 h 30
1	27 juin – 30 juin	<input type="checkbox"/> 107 \$	<input type="checkbox"/> 107 \$
2	4 juillet – 8 juillet	<input type="checkbox"/> 134 \$	<input type="checkbox"/> 134 \$
3	11 juillet – 15 juillet	<input type="checkbox"/> 134 \$	<input type="checkbox"/> 134 \$
4	18 juillet – 22 juillet	<input type="checkbox"/> 134 \$	<input type="checkbox"/> 134 \$
5	25 juillet – 29 juillet	<input type="checkbox"/> 134 \$	<input type="checkbox"/> 134 \$
6	1 août – 5 août	<input type="checkbox"/> 134 \$	<input type="checkbox"/> 134 \$
7	8 août – 12 août	<input type="checkbox"/> 134 \$	<input type="checkbox"/> 134 \$
8	15 août – 19 août	<input type="checkbox"/> 134 \$	<input type="checkbox"/> 134 \$

La date limite d'inscription pour chaque semaine de camp est le mercredi précédant la semaine pour laquelle vous inscrivez votre campeur.euse. Après cette date, veuillez contacter Michelle Johnson au 514-935-4711, poste 243.

Additionnez le total des semaines de camp.

TOTAL	
--------------	--

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: michelle.johnson@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 de jour YMCA et avoir compris les implications de la participation à un programme des camps de 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