



### Informations du campeur

Camp choisi :  Camp Ado 13-18 (24 au 30 juin)  Camp Pré-ado 10-13 (1er au 7 juillet)  Camp enfants 7-10 (8 au 14 juillet)

Dépôt  
**50\$ obligatoire**  
(non remboursable)

250 \$ (taxes incluses)

230 \$ (taxes incluses)

230 \$ (taxes incluses)

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

Adresse complète : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Téléphone (maison) : \_\_\_\_\_ Cellulaire : \_\_\_\_\_

Date de naissance (jj/mm/aaaa) : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_ Sexe :  M  F

Si possible, j'aimerais que mon enfant soit dans la même cabine que : \_\_\_\_\_

### Options de paiement

**Par chèque** : À l'ordre de : **Parole de Vie Québec**

Transmettre ce formulaire et le chèque à : Parole de Vie Québec – 1175, ch. Thomas-Woodward, Sherbrooke (Québec) J1M 0B4

**Par carte de crédit** en appelant au : **819.823.8435**

### Informations médicales

No d'assurance maladie : \_\_\_\_\_ Date d'expiration : \_\_\_\_\_

Bilan médical (TDA/TDAH, épilepsie, etc.) : \_\_\_\_\_

Vaccination tétanos : Jamais reçu :  Déjà reçu :  Date du dernier vaccin : \_\_\_\_\_

Allergies (médicaments) : \_\_\_\_\_

Antécédents médicaux : \_\_\_\_\_

J'autorise la direction du camp Parole de Vie à administrer des médicaments **avec ordonnance** au besoin.  Initiales : \_\_\_\_\_

#### Médicaments sous ordonnance

Médicament : \_\_\_\_\_ Posologie : \_\_\_\_\_

Médicament : \_\_\_\_\_ Posologie : \_\_\_\_\_

#### Médicaments sans ordonnance

J'autorise la direction du camp Parole de Vie à administrer des médicaments **sans ordonnance** au besoin.  Initiales : \_\_\_\_\_

(Tylenol, Advil, Graval, Bénadryl) Autre : \_\_\_\_\_

### Autorisations

- J'autorise la direction du camp de Parole de Vie à prodiguer tous les soins nécessaires à mon enfant en cas d'accident ou de maladie.
- J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités et à être transporté dans les véhicules du camp de Parole de Vie sur le site ou à l'extérieur (canotage, sortie en ville etc.)
- J'autorise Parole de Vie à utiliser les photos / vidéos\* sur lesquelles mon enfant apparaît à des fins de publicité et à nous communiquer ses activités pour la jeunesse.

#### Responsabilité:

Je dégage Parole de Vie de toute responsabilité pour les accidents pouvant survenir à mon enfant durant le camp.

\* Liste non exhaustive

Initiales : \_\_\_\_\_

### Informations du parent ou tuteur

#### Demande de Relevé 24 (Pour frais de service de garde) – Obligatoire pour obtenir le Relevé 24

Nom de la personne qui paie les frais de garde : \_\_\_\_\_

Numéro d'assurance sociale : \_\_\_\_\_

Adresse complète : \_\_\_\_\_

Signature du parent ou tuteur : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_