



# ACADÉMIE CULTURELLE DE LAVAL

École d'enseignement préscolaire et primaire

1075, rue St-Louis, Laval (Québec) H7V 2Z1

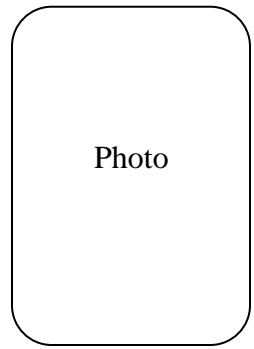
Tél.: (450) 681-9797 - Fax : (450) 681-9710

www.ecoleacl.com

*Camp du jour*

*Semaine de relâche 2018*

Photo



PARTICIPANT			
Nom :		Prénom :	Âge :      Sexe : F ( ) M ( )
Date de naissance de l'enfant :    /    /		NAM :	Date d'expiration :
Nom et prénom du père :		Tel. Cell	Travail
Courrier Électronique :		Occupation:	
Nom et prénom de la mère :		Tel. Cell	Travail
Courrier Électronique :		Occupation:	
Adresse postale :			
Ville :	Code postal :	Tel. résidence :	
CONTACT EN CAS D'URGENCE			
Personne à contacter en cas d'urgence ( <i>autre que les parents ou le tuteur</i> )			
Lien avec l'enfant :		Téléphone à domicile :	
Téléphone au travail :		Téléphone cellulaire :	
PERMISSION DE DÉPART			
J'autorise mon enfant à quitter le camp seul : à pied <input type="checkbox"/> en transport commun <input type="checkbox"/>			
Ou en compagnie de : Nom : _____		Lien de parenté : _____	
Nom : _____		Lien de parenté : _____	
AUTORISATION PARENTALE			
<b>Publication de photos</b>			
En signant la présente, j'autorise l'Académie Culturelle de Laval à utiliser à des fins promotionnelles dans diverses publications des photos ou des films où figure mon enfant, lesquels seront réalisés lors du camp du jour.			
<b>Autorisation de sorties</b>			
En signant la présente, j'autorise mon enfant à participer aux différentes sorties organisées par l'Académie Culturelle de Laval.			
Signature du parent ou tuteur : _____, Date : _____			

## ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Votre enfant est-il atteint de maladies chroniques ou récurrentes : OUI  NON  Si oui, préciser : \_\_\_\_\_

Est-il atteint des affections suivantes :	Asthme :	OUI	NON
	Hernies :	OUI	NON
	Épilepsie :	OUI	NON
	Diabète :	OUI	NON
	Autre :	OUI	NON

Si vous avez coché oui à l'une de ces questions, veuillez fournir plus d'informations (médication, spécificités, etc.) :

**\*\*\* VEUILLEZ NOTER QUE, POUR ADMINISTRER DE LA MÉDICATION, NOUS DEVONS AVOIR L'ORDONNANCE DE VOTRE ENFANT \*\*\***

## ALLERGIES

Votre enfant a-t-il des allergies? OUI  NON  Si oui, veuillez préciser :

Allergie : \_\_\_\_\_ Médication : \_\_\_\_\_

Allergie : \_\_\_\_\_ Médication : \_\_\_\_\_

Allergie : \_\_\_\_\_ Médication : \_\_\_\_\_

Votre enfant possède-t-il un dispositif d'adrénaline (EPI Pen ou ANAKIT) pour le traitement des allergies? **OUI NON**

Si oui, qui est autorisé à conserver et à administrer ce médicament et quelle est la posologie?

L'enfant lui-même  Moniteur de l'enfant  Autre, précisez : \_\_\_\_\_ Posologie : \_\_\_\_\_

### Premiers Soins

En signant la présente, j'autorise la direction de l'Académie Culturelle de Laval à prodiguer tous les soins infirmiers nécessaires. Si la direction le juge nécessaire, je l'autorise également à transporter mon enfant, par ambulance ou autrement, dans un établissement hospitalier ou une clinique.

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

**Sondage rapide :** Comment avez-vous entendu parler de notre camp de jour?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Élève ACL                      | <input type="checkbox"/> Journal                            |
| <input type="checkbox"/> Élève An-Nour                  | <input type="checkbox"/> Moteur de recherche (Google, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Amis                           | <input type="checkbox"/> Site web                           |
| <input type="checkbox"/> Affiche, feuillet promotionnel | <input type="checkbox"/> Autre : .....                      |

## RÈGLEMENTS DU CAMP DE JOUR

En signant la présente, je, soussigné(e), ..... atteste par la présente avoir pris connaissance des règlements et je m'engage à m'y conformer. Je m'engage également à veiller à ce que mon enfant s'y conforme.

**Signature du parent ou tuteur :** \_\_\_\_\_ **Signature de l'enfant :** \_\_\_\_\_ **Date :** \_\_\_\_\_



## ACADÉMIE CULTURELLE DE LAVAL

École d'enseignement préscolaire et primaire

1075, rue St-Louis, Laval (Québec) H7V 2Z1

Tél.: (450) 681-9797 - Fax : (450) 681-9710

*Camp du jour Semaine de relâche 2018*

### **PAYEUR PRINCIPAL:**

**Veillez identifier le payeur principal : Père ( ) Mère ( ). Pour obtenir un reçu aux fins de l'impôt, veuillez inscrire votre numéro d'assurance sociale. Le reçu sera émis au nom du payeur principal. Aucune modification ne pourra être faite.**

**Nom:** \_\_\_\_\_ **Prénom:** \_\_\_\_\_

**Adresse (si différente de celle de l'enfant):** \_\_\_\_\_

**Code Postal:** \_\_\_\_\_ **NAS:** \_\_\_\_\_

**Courriel**

### **Modalités de paiement:**

- Comptant ou chèque.
- Chèque postdaté à l'ordre de l'école ACL

**Fait à Laval, le:** \_\_\_\_\_.

**Signature du parent ou tuteur :** \_\_\_\_\_ **Signature de la direction :** \_\_\_\_\_