

INSCRIPTION CAMP WEREDALE 2026

Partie 1 : Renseignements d'inscription de base — à remplir pour TOUS les campeurs, TOUS les âges.

NOM DU CAMPEUR : _____	Âge : _____	Masculin : <input type="checkbox"/>
Date de naissance : ____ / ____ / ____ Jour Mois Année	Langue maternelle : _____	Féminin : <input type="checkbox"/>
		Autre : <input type="checkbox"/>

Veillez indiquer la (les) session(s)

Session 1 — 22 juin au 2 juillet

Session 2 — 6 juillet au 16 juillet

Session 3 — 20 juillet au 30 juillet

Session 4 — 3 août au 13 août

** Veuillez noter que nous garantissons 2 sessions par campeur. Si vous souhaitez plus de 2 sessions, veuillez les indiquer par ordre de préférence. **

Parent(s) :

Nom de la mère : _____ Téléphone : ____ - ____ - _____

Courriel : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Nom du père : _____ Téléphone : ____ - ____ - _____

Courriel : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Tuteur / Foyer de groupe (le cas échéant) : Famille d'accueil PFAP / Confiage Foyer de groupe

Nom : _____ Téléphone : ____ - ____ - _____

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Travailleur(euse) social(e) (le cas échéant) Nom : _____ Organisme : _____

Courriel : _____ AM EO CLSC S4.2

N° de téléphone : ____ - ____ - _____ N° de poste : _____

CONTACT D'URGENCE : Nom : _____ Lien : _____ Tél. : ____ - ____ - _____

Remarque — Ce contact doit être une personne qui ne figure pas déjà sur ces formulaires.

INSCRIPTION CAMP WEREDALE 2026

Partie 3 : Dossier médical du campeur — pour TOUS les campeurs

NOM DU CAMPEUR : _____ Téléphone : ____ - ____ - _____
Prénom et nom

Adresse : _____ Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____ Âge : _____ Taille : _____ Poids : _____ Genre : _____
Jour Mois Année

N° de carte RAMQ / OHIP : _____ Date d'expiration : _____

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX : Veuillez encercler la réponse pour chacun des éléments suivants :

Asthme	OUI NON	Rhumes fréquents	OUI NON	Problèmes cardiaques	OUI NON
Otites	OUI NON	Énurésie nocturne*	OUI NON	Diabète	OUI NON
Épilepsie	OUI NON	Eczéma	OUI NON	Somnambulisme	OUI NON
Rhume des foins	OUI NON	Trouble alimentaire	OUI NON	Commotions cérébrales	OUI NON
Réaction aux piqûres d'insectes	OUI NON	Si oui, veuillez préciser : _____			

*Si votre enfant souffre d'énurésie nocturne, veuillez fournir une réserve de Goodnights® / culottes d'apprentissage.

Date des vaccins les plus récents (si la date est inconnue, indiquez seulement s'il/elle a été vacciné(e)) :

DCT (Tétanos) : _____ Rougeole / Oreillons / Rubéole (RRO) : _____

Le campeur a-t-il des allergies (si OUI, veuillez préciser et indiquer la gravité) :

A) Aliments? NON OUI : _____

B) Médicaments? NON OUI : _____

C) Autres? NON OUI : _____

Médication régulière (si oui, nom du médicament, dose et fréquence) : Veuillez indiquer si le médicament est pris avant, pendant ou après les repas. Veuillez écrire en lettres moulées de manière claire et concise. **

Veuillez vous assurer d'envoyer suffisamment de médicaments pour couvrir toute la durée de la session de camp. La posologie et la fréquence doivent être clairement indiquées. En cas de changement de médication, veuillez nous en informer avant la session de camp.

Cet enfant est en bonne santé et capable de participer à toutes les activités du camp : OUI NON

Si NON, veuillez préciser les limitations ou conditions : _____

Cet enfant nécessite-t-il un équipement spécial? (lunettes, prothèses auditives, etc.) :

_____ **Cet enfant a-t-il des restrictions alimentaires? (végétarien, sans porc, etc.) :** _____

Autorisation pour les médicaments en vente libre (encercler) OUI NON

Nom (en lettres moulées) de la personne ayant rempli les renseignements ci-dessus Date

Signature : _____ N° de téléphone : _____

CHAQUE CAMPEUR DOIT AVOIR UNE CARTE D'ASSURANCE MALADIE / OHIP POUR MONTER DANS L'AUTOBUS.

INSCRIPTION CAMP WEREDALE 2026

Partie 4 : Renseignements spécifiques sur le campeur (confidentiel)

NOM DU CAMPEUR : _____

Prénom et nom

Comment interagit-il/elle généralement avec ses pairs? (p. ex. amical(e), timide, agressif/agressive, évite les interactions)

Comment réagit-il/elle face aux figures d'autorité?

Comment gère-t-il/elle les transitions ou les changements de routine?

A-t-il/elle des éléments déclencheurs connus pouvant causer de la détresse ou des crises? Comment exprime-t-il/elle généralement la colère ou la frustration?

Quelles stratégies aident le campeur à se calmer lorsqu'il/elle est contrarié(e)? Y a-t-il des phrases ou des approches précises qui fonctionnent bien pour rediriger son comportement?

CE CAMPEUR EST-IL ANXIEUX FACE À : *veuillez encercler pour indiquer*

Les insectes

La solitude

Être seul(e)

Participer à de nouvelles activités

L'eau

L'obscurité

Les animaux

Être dans une foule

****Si votre enfant est sensible aux bruits forts, veuillez songer à fournir des écouteurs antibruit.****

Si vous avez répondu OUI à l'une des questions ci-dessus, veuillez ajouter des précisions :

Est-ce sa première expérience dans un camp avec hébergement? Ou sa première fois loin de la maison? _____

Autres renseignements qui pourraient être utiles : _____

Y a-t-il des restrictions concernant les contacts? _____ Veuillez préciser :

Nom du soignant ayant rempli ce formulaire : _____

Numéro de téléphone pour vous joindre : _____ **Adresse courriel pour vous joindre :**

INSCRIPTION CAMP WEREDALE 2026

Partie 5 : Autorisations pour TOUS les campeurs

Le parent / tuteur a l'obligation de signer ce formulaire pour votre enfant.

NOM DU CAMPEUR : _____
Prénom et nom

En cas d'urgence et si moi, le parent, ne peux être joint(e), j'autorise par la présente la direction du Camp Weredale à agir en mon nom afin de fournir à mon enfant les soins médicaux et/ou chirurgicaux nécessaires.

OUI NON

Le Camp Weredale distribue des médicaments en vente libre au besoin. Permettez-vous à votre enfant de recevoir des médicaments en vente libre tels que l'acétaminophène, l'ibuprofène, des antinauséux, antihistaminiques, anti-inflammatoires, sirop contre la toux, antibiotique topique, produits homéopathiques, etc.?

OUI NON

Le Camp Weredale pourrait prendre des photos de votre enfant pendant son séjour au camp. Ces photos pourraient être utilisées exclusivement par le Camp Weredale à des fins de relations publiques, telles que la page Facebook et le site Web du Camp Weredale. Les précautions standard de stockage et d'accès seront respectées. Consentez-vous à ces photos?

OUI NON

Au cours de l'été, les campeurs du Camp Weredale pourraient quitter le site du camp pour une activité. Donnez-vous à votre enfant la permission d'y participer?

OUI NON

*****Si votre enfant ne peut pas se présenter au camp, nous rembourserons la totalité des frais de session, moins des frais d'inscription de 25,00 \$.*****

***** Si votre enfant assiste à une partie de la session et doit partir en raison d'une maladie grave, des remboursements partiels pourront être versés au parent, déduction faite des frais d'inscription, des frais de transport et des tarifs quotidiens. *****

J'ai lu et j'accepte les renseignements fournis par le Camp Weredale et je donne ma permission selon ce qui est indiqué ci-dessus.

Je m'engage à informer le camp de tout changement aux renseignements contenus dans les formulaires d'inscription, après leur envoi et après l'arrivée du campeur au camp.

Le Camp Weredale offre aux campeurs des vacances sans appareils électroniques; les téléphones cellulaires et autres appareils électroniques ne sont pas permis.

Signature du parent / tuteur :

Date :

Lien avec le campeur

Merci d'avoir rempli le formulaire d'inscription avec tous les renseignements requis.