



École de danse Jano

FORMULAIRE D'INSCRIPTION · CAMP DE JOUR · page 1 de 2

Prénom de l'enfant : _____ Nom de l'enfant : _____

Nom du parent : _____ E-mail : _____

Date de naissance : _____ No Assurance maladie : _____

Adresse : _____ Ville : _____ Code Postal : _____

N° de téléphone M : _____ N° de téléphone C : _____

Personne à contacter
en cas d'urgence : _____ Téléphone d'urgence : _____

Pour le relevé T4 (Impôt Québec), nom du payeur : _____ NAS : _____

Un seul reçu d'impôt sera émis par famille.

A la fin de la journée, mon enfant quitte avec : Parent Seul Autre Personne Lien avec l'enfant : _____

Nom de la personne : _____ Téléphone : _____

Service de garde (Matin) : Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi Grandeur de chandail :

Service de garde (Soir) : Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi S M L

Expérience de danse : Oui Non nombre d'année, discipline(s), école : _____

Choix de semaine :

- Semaine 1 du 02 au 06 juillet
- Semaine 2 du 09 au 13 juillet
- Semaine 3 du 16 au 20 juillet
- Semaine 4 du 23 au 27 juillet
- Semaine 5 du 30 au 03 août
- Semaine 6 du 06 au 10 août
- Semaine 7 du 13 au 17 août
- Semaine 8

INFORMATIONS MÉDICALES

ANTÉCÉDENTS

- Asthme Oui Non
Épilepsie Oui Non
Diabète Oui Non
Hernies Oui Non
Autres _____

ALLERGIES

- Fièvre des foies Oui Non
Alimentaire Oui Non
Animaux Oui Non
Pénicilline Oui Non



École de danse Jano

FORMULAIRE D'INSCRIPTION · CAMP DE JOUR · page 2 de 2

INFORMATIONS MÉDICALES (suite)

Le participant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Épipen, Ana-Kit) ? Oui Non

Si oui : Qui est autorisé à administrer ce médicament ?

Enfant lui-même Membre du personnel

À quel moment lui administrer ? (Rougeur, boutons, étouffement...)

Le participant prend-t-il des médicaments ? Oui Non

Nom du Médicament _____

Posologie _____

Nom du Médicament _____

Posologie _____

Date du dernier vaccin antitétanique _____

Par la présente, j'autorise les personnes désignées par le camp à administrer, selon le besoin en cas d'urgence, la dose d'adrénaline à mon enfant. Posologie Enfant 0.15 mg Adulte 0.30 mg (SVP, fournir une PHOTO de l'enfant avec l'épipen)

L'enfant présente-t-il des particularités médicales autres que celles qui sont mentionnées précédemment ? Oui Non

Problème de comportement

Saignement de nez

Blessures graves

Maladies contagieuses

Maladies chroniques ou récurrentes

Problème de motricité

Troubles alimentaires

Intervention chirurgicale

Précisions / Autres : _____

L'enfant a-t-il des réserves pour certaines activités ? Oui Non Si oui, décrire _____

Nom du médecin traitant _____ Clinique _____ Tel _____

ATTENTION : le parent ou le tuteur a la responsabilité de transmettre à la direction de l'école de danse Jano toute nouvelle information médicale survenue entre la date où la Fiche du campeur a été remplie et la date d'arrivée à chacun des camps du campeur.

AUTORISATION PHOTO ET VIDEO

Lors de ses activités, l'école de danse Jano capte des images qui servent à la représenter et à la promouvoir. À moins d'un avis contraire écrit, l'élève et/ou ses parents acceptent la prise et la diffusion de ses images, demeure la propriété de l'école.

AUTORISATION MÉDICALE

En signant, j'autorise la direction de l'école de danse Jano à prodiguer tous les soins infirmiers nécessaires au participant. Si la direction le juge nécessaire, je l'autorise également à transporter le participant par ambulance ou autrement, dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire. De plus, s'il est impossible de nous joindre, j'autorise le médecin choisit par les autorités du camp à prodiguer au participant tous les soins médicaux requis par son état, y compris d'une intervention chirurgicale, des injections, l'anesthésie et l'hospitalisation.