



5675, rue Lafond, Montréal (Qc) H1X 2X6 (514) 527-7671 ldjadmi@hotmail.com

FICHE D'INSCRIPTION

Camp de jour d'été

Loisirs - session Automne

Répit

Loisirs - session Hiver-printemps

Je désire faire un don : au montant de ()\$ Un reçu d'impôt sera fourni pour tout don de 20\$ et plus.

A compléter obligatoirement (Écrire en lettres moulées, clairement)

1. Renseignements sur le participant:

Nom de famille:		Prénom:	
Sexe M F	Date de nais. (jour/mois/année) :		Âge :
Adresse:		Code postal :	
Tél. mais.:			
Couleur yeux :	Couleur cheveux :	Poids :	Taille :
Mode de transport : Parent		Seul à pied ou transport en commun	
Transport adapté No dossier (obligatoire si voyage en transport adapté) :			

2 A. Personne responsable à l'adresse du participant (parents ou intervenant)

Nom de famille :		Prénom :	
Lien avec le part. : Parent F.A./RTF Intervenat Autre (précisez)			
Je désire recevoir l'information par courriel : ou Je désire recevoir l'information par la poste :			
Adresse courriel :			
Tél. mais.:		Travail :	Cellulaire :

2 B. Personne responsable légalement si le participant ne demeure pas avec elle

Nom de famille :		Prénom :		Lien :
Adresse :				
Je désire recevoir l'information sur les activités : Oui Non				
Je désire recevoir l'information par courriel : ou Je désire recevoir l'information par la poste :				
Adresse courriel où envoyer l'information:				
Tél. mais.:		Travail :	Cellulaire :	

3. Urgence : Nous devons pouvoir joindre une de ces personnes en tout temps.

Personne à contacter en premier :		Lien :	
Téléphone:		Cellulaire :	
Deux autres personnes à contacter en cas d'urgence :			
Nom :		Lien :	
Tél. mais. :		Travail :	Cellulaire :
Nom :		Lien :	
Tél. mais. :		Travail :	Cellulaire :

Toutes les lignes doivent être complétées!



5675, rue Lafond, Montréal (Qc) H1X 2X6 (514) 527-7671 ldjadmi@hotmail.com

4. CLSC : S'il y a lieu

Votre CLSC :		Trav. social :		Tél.:	
Nom de votre éducateur s'il y a lieu :				Tél.:	
Les activités seront payées par :	Parent	CLSC	Autre	précisez :	

5. Renseignements médicaux :

Souffre-t-il d'une maladie récurrente ou chronique? Oui Non Décrire :					
Souffre-t-il des maux suivants?					
Asthme	Oui	Non	Intolérance au soleil	Oui	Non
A-t-il des pompes	Oui	Non			
Diabète	Oui	Non	Essoufflements	Oui	Non
Épilepsie	Oui	Non	Maladie cardiaque	Oui	Non
Y a-t-il des aliments qu'il ne peut manger?			Lesquels :		
Oui	Non				
Souffre-t-il d'allergies? Oui Non					
Lesquelles :					
A-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Epipen, Ana-kit) en raison de ses allergies? Oui Non					
À signer si le participant possède une dose d'adrénaline					
Par la présente, j'autorise les personnes désignées par l'ADMI à administrer, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline _____ (nom du médicament) au participant.					
Nom du parent ou tuteur : _____					
Date : _____					

6. Médicaments : Notez qu'aucun médicament en vente libre ne peut être administré au participant.

Le participant prend-il des médicaments? Oui Non		À la maison	Pendant les activités
Si oui indiquer le nom de tous les médicaments pris même si pris à la maison seulement			
Nom du médicament	Posologie	Raison	

J'autorise le personnel du camp de jour de l'ADMI à administrer au participant, si nécessaire, les médicaments ci-haut mentionnés.

Signature du parent ou tuteur : _____ Date : _____

Toutes les lignes doivent être complétées!



5675, rue Lafond, Montréal (Qc) H1X 2X6 (514) 527-7671 ldjadmi@hotmail.com

7. Autres informations pertinentes

Les informations qui suivent nous aideront à mieux intervenir auprès du participant.

Peut-il s'habiller seul? Oui Non	Reconnaître ses objets personnels? Oui Non	
Attacher ses souliers? Oui Non	Courir? Oui Non	Sauter? Oui Non
Marcher une vingtaine de minutes? Oui Non	Découper avec des ciseaux Oui Non	
Manger seul? Oui Non	Boire seul? Oui Non	
Aller à la toilette seul? Oui Non	S'essuyer seul? Oui Non	
Changer sa serviette sanitaire Oui Non	N/A	
Fait-il de l'incontinence? Oui Non	Porte-t-il une couche? Oui Non	
Aime-t-il se baigner? Oui Non	Peut-il nager Oui Non	Plonger Oui Non
Peut-il exprimer ses besoins? Oui Non	Suivre des consignes simples? Oui Non	
A-t-il des problèmes de comportement? Oui Non		
Si oui décrire :		
A-t-il peur des animaux? Oui Non	Lesquels :	
Informations supplémentaires importantes :		

Vous devez fournir une photo récente du participant

* Étant donné que ADMI-Montréal prendra des photos et/ou vidéos au cours des activités, je l'autorise à utiliser ce matériel en tout ou partie à des fins promotionnelles. **Oui Non**

Tout matériel utilisé demeure la propriété de ADMI-Montréal.

Si aucune case n'est cochée nous comprendrons que vous acceptez ces conditions.

* **Si des modifications concernant l'état de santé du participant survenaient avant le début ou pendant la période des activités, je m'engage à transmettre cette information à la direction, qui fera le suivi avec l'animateur du participant.**

* En signant la présente, j'autorise ADMI-Montréal à prodiguer les premiers soins 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.

* **J'autorise le personnel du camp de jour à transporter le participant dans un véhicule moteur.**

* Je m'engage à collaborer avec la direction de ADMI-Montréal et à venir la rencontrer si le comportement du participant nuit au bon déroulement des activités.

Signature de la personne responsable:

Toutes les lignes doivent être complétées!



5675, rue Lafond, Montréal (Qc) H1X 2X6 (514) 527-7671 info@admi-montreal.org

Inscriptions

Activités en présence

1. Loisirs du Samedi Temps plein (200\$) Temps partiel A (100\$) Temps partiel B (100\$)

Les participants aux loisirs doivent avoir en leur possession, en tout temps, une carte d'autobus valide avec au moins 2 billets pour les sorties faites lors des activités.

2. Quilles (235\$)

Grandeur de souliers : _____ Possède les siens : Oui non

3. Atelier de cuisine présentiel (210\$)

Allergies alimentaires : _____ Aucune :

SVP notez que nous ne pouvons être certains que les aliments n'auront pas été en contact avec des allergènes et nous ne pouvons être tenus responsable en cas de contamination.

Activités virtuelles en ligne

[Vous devez donner une adresse courriel pour les inscriptions aux activités en ligne car nous enverrons les informations par courriel.](#) (SVP vérifiez vos messages souvent)

Adresse courriel: _____

Ateliers de cuisine virtuels (2 dimanches par mois de 11:00 à 12:00)

Aucun remboursement en cas d'annulation. Je comprends et j'accepte ces conditions. Obligatoire

Signature de la personne responsable: _____

Toutes les lignes doivent être complétées!