



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 complété 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 Intervenant Autre (précisez)   |  |           |  |
| Je désire recevoir l'information par courriel : <b>ou</b> 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 : <b>ou</b> 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. :   |  | Cellulaire : |  |
| Travail :  |  |              |  |
| Nom :  |  | Lien :       |  |
| Tél. mais. :   |  | Cellulaire : |  |
| Travail :  |  |              |  |

**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!**



## 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

Temps partiel A

Temps partiel B

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

Grandeur de souliers : \_\_\_\_\_ Possède les siens : Oui non

#### 3. Atelier de cuisine présentiel

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)

**Toutes les lignes doivent être complétées!**