

**À l'usage du personnel  
 seulement:**

Coût total : \_\_\_\_\_ \$

Dépôt : \_\_\_\_\_ \$

Balance : \_\_\_\_\_ \$

Paiement : \_\_\_ Chèque  
 \_\_\_ Argent

## SÉJOURS 2011

### Grand-Barachois

( ) 27-30 juin (40\$/60\$)

( ) 25-29 juillet

### Haute-Aboujagane

( ) 4-8 juillet

( ) 8-12 août

### Shemogue

( ) 11-15 juillet

### Saint-André-LeBlanc

( ) 18-22 juillet

### Cormier-Village

( ) 2-5 août (40\$/60\$)

### Saint-André-LeBlanc

### et Cormier-Village

( ) 15-19 août

## COÛT

Résidents : 50 \$/camp/semaine

Non-résidents : 75 \$/camp/semaine

## NOTES IMPORTANTES

- Les frais d'inscription ne sont pas remboursables
- Un dépôt de 20\$/enfant/camp et un chèque post-daté de la balance doit être donné à l'inscription
- L'heure d'entrée au camp se fera à 8 h 30 et le départ sera à 16 h 30
- Maximum de deux semaines de camp par enfant.
- L'horaire des camps varie selon le lieu.
- Un rabais de 5\$/ enfant vous sera offert si vous inscrivez 3 de vos enfants.

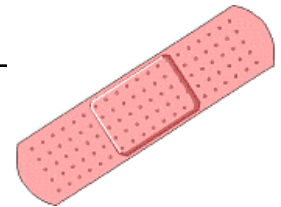
## INSCRIPTION

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_  
(Prénom) (Famille)

Adresse : \_\_\_\_\_  
(Postale) (Ville) (Province) (Code postal)

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_ Sexe : F \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_  
(mm/jj/aaaa)

Téléphone : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_  
(parent)



## EN CAS D'URGENCE

Nom du père : \_\_\_\_\_ Nom de la mère : \_\_\_\_\_

Le nom et le numéro de téléphone de la personne à contacter en cas d'urgence

Nom : \_\_\_\_\_ Téléphone à domicile : \_\_\_\_\_

Au travail : \_\_\_\_\_

Hôpital où l'enfant est traité : \_\_\_\_\_

Nom du médecin de famille : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_ Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Numéro d'assurance maladie : \_\_\_\_\_ Date d'expiration : \_\_\_\_\_

Placez les noms des personnes qui ont le droit de venir chercher vos enfants à la fin de la journée.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

L'enfant a-t-il des allergies? Si oui, lesquelles?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Précisez les maladies dont il/elle a déjà souffert? (ex. : oreillons, rougeole, asthme, etc.)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Parmi la liste de médicaments suivante, lesquels permettez-vous que l'on administre à votre enfant en cas de besoin :  Polysporin  Solarcaine

Est-ce que votre enfant prend des médicaments? Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

Si oui, inscrire le nom, le dosage et l'heure d'administration des médicaments que votre enfant devra prendre lors de son séjour au camp (Vous devez remettre les médicaments dans leur contenant original à l'accueil).

---

---

---

---

Est-ce que nous devrions être mis au courant de certaines choses qui pourraient rendre le séjour de votre enfant plus agréable?

---

---

---

---

**\*\*\* À LIRE ATTENTIVEMENT \*\*\***

Je permets à mon enfant \_\_\_\_\_ (en lettres moulées) de participer au camp de jour organisé par la Communauté rurale Beaubassin-est. De plus, j'autorise mon enfant à participer à toutes les activités qui se dérouleront durant son séjour avec vous. J'accepte que les démarches nécessaires soient prises à l'égard de mon enfant par le/la coordinateur(trice) et/ou les animateur(trice)s en cas d'accident et je comprends que ces procédures peuvent être primordiales à sécurité et au bien-être de l'enfant.

Signature du parent/tuteur : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Si le besoin se présente, j'autorise tous les traitements médicaux jugés nécessaires. J'autorise également le personnel du Camp à administrer les médicaments mentionnés ci haut. Je dégage le Camp de toutes conséquences reliées à l'absorption de ces médicaments

Signature parent/tuteur : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

En cas d'urgence, j'autorise le personnel du Camp à transporter le campeur / la campeuse dont le nom figure sur cette feuille à un centre d'urgence/hôpital pour y être traité. J'accepte que les soins nécessaires soient donnés à mon enfant par le personnel de l'hôpital. De plus, je comprends que les frais d'ambulance seront chargés à mon nom en cas d'accident.

Signature du parent/tuteur : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Je comprends que les photos prises au camp seront utilisées à des fins publicitaires. Seul l'administration de la Communauté rurale Beaubassin-est aura le droit d'utiliser ces photos.

Signature du parent/tuteur : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

**RENSEIGNEMENTS**  
**532-0730 ou [www.beaubassinest.ca](http://www.beaubassinest.ca)**