



**Formulaire d'inscription**  
**Club Jeunes aventuriers**  
**Été 2012**

| <b>ENFANT</b>   |                                |  |                 |
|---|--------------------------------|--|-----------------|
| Nom :   |                                | Prénom :                                       |                 |
| Adresse :   |                                | Ville :  |                 |
| Téléphone :   |                                | Courriel (parent) :                            |                 |
| Sexe : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin   |                                | Taille :                      Poids :          |                 |
| Degré scolaire complété :   |                                | Âge (au 1 <sup>er</sup> juin 2012) :           |                 |
| Langue maternelle : <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais  |                                |  |                 |
| <b>PARENTS</b>  |                                |  |                 |
| Père  |                                | Mère   |                 |
| Nom :   |                                | Nom :  |                 |
| Adresse :   |                                | Adresse :                                      |                 |
| Ville :   |                                | Ville :  |                 |
| Téléphone : Résidence   |                                | Téléphone : Résidence                          |                 |
| Cellulaire :                      Travail :   |                                | Cellulaire :                      Travail :    |                 |
| <b>SANTÉ</b>  |                                |  |                 |
| <b>Carte assurance maladie</b>  |                                |  |                 |
| N° de la carte :  |                                | Date expiration :                              |                 |
| <b>Maladie / handicaps / attention particulière</b>   |                                |  |                 |
| Description   | Précision                      | Description                                    | Précision       |
| <input type="checkbox"/> Épilepsie  |                                | <input type="checkbox"/> Handicap auditif      |                 |
| <input type="checkbox"/> Asthme   |                                | <input type="checkbox"/> Handicap moteur       |                 |
| <input type="checkbox"/> Diabète  |                                | <input type="checkbox"/> Handicap intellectuel |                 |
| <input type="checkbox"/> Handicap visuel  |                                | <input type="checkbox"/> Autre                 |                 |
| <b>Allergie alimentaire</b>   | <b>Intolérance alimentaire</b> | <b>Autres allergies</b>                        | <b>Réaction</b> |
|   |                                |  |                 |
|   |                                |  |                 |
|   |                                |  |                 |
| <b>Médicaments</b>  |                                |  |                 |
| Votre enfant doit-il prendre une médication ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, décrire ci-dessous   |                                |  |                 |
| Médication :  |                                |  |                 |
| Posologie :   |                                |  |                 |
| <b>Recommandations particulières relativement à la santé de votre enfant</b>  |                                |  |                 |
|   |                                |  |                 |
|   |                                |  |                 |
|   |                                |  |                 |
| <b>Personnes à contacter en cas d'urgence</b>   |                                |  |                 |
| Indiquez le nom de deux personnes (autres que le père ou la mère), qui sont autorisées à venir chercher l'enfant, ou que nous pourrions contacter si nous sommes dans l'impossibilité de vous joindre : |                                |  |                 |
| Nom :   |                                | Nom :  |                 |
| Adresse :   |                                | Adresse :                                      |                 |
| Téléphone :   |                                | Téléphone :                                    |                 |
| Lien avec l'enfant :  |                                | Lien avec l'enfant :                           |                 |



**INFORMATION ADDITIONNELLE**

S.V.P., nous faire part de toute autre information relative à l'enfant et qui pourrait nous être utile dans le but d'intervenir de la meilleure façon possible avec lui. :

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |

**ACTIVITÉ DE BAIGNADE**

Votre enfant est-il autorisé à participer à l'activité de baignade :  Oui  Non

Niveau de compétence de l'enfant :

Votre enfant doit-il porter un vêtement de flottaison individuel (V.F.I.) :  Oui  Non

**Disponibilité / Réservation**

**Été 2012 - tous les jours du 16 juillet au 19 août 2012**

**Inscrivez la (les) date(s) de participation :**

**ENGAGEMENTS ET AUTORISATION DES PARENTS**

1. Je, soussigné(e), déclare être titulaire de l'autorité parentale de l'enfant mentionné ci-dessus.
2. Je reconnais avoir été informé que les activités offertes par la Société des établissements de plein air du Québec (Sépaq) dans le cadre du « Club Jeunes aventuriers » à la Station touristique Duchesnay (ci-après la « Station ») peuvent comporter certains risques et des dangers particuliers étant donné qu'elles sont offertes dans des milieux naturels. J'accepte, pour et au nom de mon enfant, d'assumer ces risques et dangers.
3. Je déclare que mon enfant est dans une forme physique, émotionnelle et mentale lui permettant de participer aux activités offertes par la Station.
4. Je reconnais avoir pris connaissance des conditions et règlements de la Station.
5. Je demande à la Sépaq, ou à toute autre personne désignée par celle-ci, si elle le juge nécessaire, de me joindre au numéro de téléphone indiqué advenant que l'enfant soit blessé ou malade et que cela nécessite l'intervention du médecin;
6. J'autorise le personnel de la Station à administrer à mon enfant en cas de besoin un ou plusieurs médicaments en vente libre, si cela s'avère nécessaire et à lui prodiguer les premiers soins nécessaires en cas d'urgence ou de blessure.
7. J'autorise la direction de la Station, si cela est jugé nécessaire, à confier l'enfant sans délai à un médecin, un CLSC ou un hôpital de son choix et à signer tous les documents requis par les autorités médicales pour que l'enfant soit l'objet des soins nécessaires à son état. Les frais de transport au CLSC, à l'hôpital ou à domicile, incluant un éventuel transport ambulancier, seront à ma charge.
8. J'autorise aussi par la présente, le médecin, le CLSC ou l'hôpital à prodiguer à l'enfant les soins requis, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'examen, de prélèvements, de traitements ou de toute autre intervention.
9. J'autorise la divulgation des renseignements contenus sur la Fiche d'inscription au responsable des soins de santé de la Station, au médecin, au CLSC ou à l'hôpital s'occupant de l'enfant.
10. J'autorise la Sépaq à publier, à l'intérieur de certains documents promotionnels, certaines photos qui pourraient comporter l'image de mon enfant prises à la Station.
11. Je m'engage à entrer en communication sans délai avec les autorités médicales à qui sera confié l'enfant, sur demande verbale de la direction de la Station ou d'une personne désignée par elle.
12. Je soussigné, en mon nom personnel et au nom de mon enfant, renonce par la présente à toute réclamation ainsi qu'à tout droit d'action que j'ai ou pourrais avoir contre la Sépaq, ses dirigeants, employés ou représentants, quant à toute responsabilité à l'égard de toutes pertes et dommages que je, ou mon enfant, pourrais subir ou encourir en raison de sa participation à ces activités, causé par quelque cause que ce soit.

En foi de quoi, j'ai signé le :

|  |  |
|--|--|
| Date :                                   |  |
| Nom du parent signataire :               |  |
| Signature du parent :                    |  |
| Signature de l'enfant (14 ans ou plus) : |  |