



CAMP DE JOUR ÉTÉ 2022
FICHE DE SANTÉ
SAINT-ESPRIT



MUNICIPALITÉ DE
SAINT-ESPRIT

Prénom (enfant) : _____ Nom (enfant) : _____

Parent #1 : _____ Adresse courriel : _____

N° de téléphone : Résidence _____ Travail : _____ Cell : _____

Parent #2 : _____ Adresse courriel : _____

N° de téléphone : Résidence _____ Travail : _____ Cell : _____

EN CAS D'URGENCE (autre que les parents) :

Nom, prénom : _____ N° de téléphone : _____

PERSONNES AUTORISÉES À QUITTER AVEC L'ENFANT (VEUILLEZ INDIQUER TOUS LES PRÉNOMS ET NOMS COMPLETS, Y COMPRIS CELUI DES PARENTS) :

VOTRE ENFANT A-T-IL DES PROBLÈMES DE SANTÉ, DES ALLERGIES OU DES BESOINS PARTICULIERS ?

Si oui, lesquels : _____

Médicaments à prendre au camp : _____

TDA TDAH TSA TC TED AUTRE : _____

Votre enfant a-t-il besoin d'un encadrement spécifique ou a-t-il besoin d'un programme d'accompagnement ? Oui Non

SI VOUS AVEZ COCHÉ OUI, VOUS DEVEZ COMMUNIQUER AVEC NOUS AU 1 (855) 477-3003.

- J'autorise les camps AES, une division de GVL inc., à photographier ou filmer mon enfant et à utiliser les photographies en tout temps, au bénéfice des camps AES, selon ses besoins et sans restriction et aucune forme de rémunération. En contrepartie, les légendes accompagnant la reproduction ou la représentation de la ou des photographies ne porteront aucunement atteinte à ma réputation ou à ma vie privée. Oui Non
- J'ai pris connaissance de la politique d'annulation et de remboursement. Nous n'accordons aucun crédit ou remboursement pour des semaines antérieures aux demandes d'annulation et de remboursement ou pour une sortie manquée. Les remboursements seront faits en septembre 2022. Initiales : _____
- En cas d'urgence, j'autorise les camps AES à prendre les actions nécessaires pour assurer la santé et le bien-être de mon enfant. Je comprends que les frais de transport en ambulance et les soins de santé sont aux frais du parent. Les gestionnaires de camps ne pourront être tenus responsables si des événements sont causés par des informations manquantes sur cette fiche (maladies, incapacités ou allergies). Initiales : _____
- J'atteste que tous les renseignements sont véridiques et sans omission. Dans le cas contraire, je comprends que GVL inc. pourrait retirer mon enfant du camp pour sa propre sécurité ou celle des autres participants. Initiales : _____

NOM EN LETTRES MOULÉES

SIGNATURE

DATE