

Formulaire d'inscription Camp de neige Année 2026



1. L'ENFANT

Prénom		Sexe :	Âge :
Nom de famille		Date de naissance	/ / (JJ / MM / AAAA)
Adresse			
Ville		Code postal	
No .Assurance-Maladie		Date d'expiration	
Première expérience de camp? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
Allergies et/ou intolérances? (alimentaires, animaux/insectes, médicaments, autres) Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Précisez : _____ _____			Précisez la sévérité : Intolérance <input type="checkbox"/> Allergie sévère <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Autre problème médical? _____			

2. PARENT(S) / TUTEUR(S)

Prénom		Prénom	
Nom de famille		Nom de famille	
Lien avec l'enfant		Lien avec l'enfant	
Adresse		Adresse	
Téléphone	Maison	Téléphone	Maison
	Bur.		Bur.
	Cell.		Cell.
Courriel		Courriel	

3. CONTACTS D'URGENCE (AUTRE QUE PARENTS)

Contact # 1		Contact # 2	
Nom		Nom	
Prénom		Prénom	
Lien avec l'enfant		Lien avec l'enfant	
Téléphone	Maison	Téléphone	Maison
	Bur.		Bur.
	Cell.		Cell.

4. PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT (AUTRE QUE PARENTS OU CONTACTS D'URGENCE)

Nom		Nom	
Prénom		Prénom	
Lien avec l'enfant		Lien avec l'enfant	

RETOURNER CETTE FICHE D'INSCRIPTION À :

MUNICIPALITÉ DE LAC-DES-ÉCORCES

672, BOUL. ST-FRANÇOIS, LAC-DES-ÉCORCES (QUÉBEC) J0W 1H0

TÉLÉPHONE : 819-585-4600 ■ TÉLÉCOPIEUR : 819-585-4610

5. CHOIX DU SÉJOUR ET PAIEMENT

Choix	Dates	Choisissez vos journées	Frais d'inscription	Rabais 25% Applicable à partir du 2e enfant et sur le montant le moins élevé.	Rabais 50% Applicable à partir du 3e enfant et sur le montant le moins élevé.	Coût total, taxes incluses
<input type="checkbox"/>	Camp de 5 jours	Jour 1 à 5	125\$			\$
<input type="checkbox"/>	Camp de 4 jours		100\$			\$
<input type="checkbox"/>	Camp de 3 jours		75\$			\$
<input type="checkbox"/>	Camp de 2 jours		50\$			\$
<input type="checkbox"/>	Camp d'une journée		25\$			\$

FRAIS D'INSCRIPTION

Votre enfant sera inscrit officiellement sur réception du présent formulaire rempli, accompagné du montant de l'inscription. Votre paiement doit être reçu au plus tard le 27 février 2026.

J'ai pris connaissance des modalités de paiement et des généralités mentionnées dans ce document.

Nom du parent ou tuteur (lettres moulées) : _____

Signature : _____ Date : ____/____/____

Argent comptant Chèque Paiement Intérac (à l'hôtel de ville seulement)

Personne à qui sera émis un Relevé 24 pour impôts (OBLIGATOIRE)		
Prénom et Nom:	No. Assurance sociale	_____ - _____ - _____

6. AUTORISATIONS

<input type="checkbox"/>	J'autorise le Camp de neige de Lac-des-Écorces à prendre des photos et des vidéos de mon enfant pendant son séjour et à les utiliser à des fins promotionnelles.						
<input type="checkbox"/>	Médicaments en vente libre (si applicable) J'autorise le personnel du Camp de neige de Lac-des-Écorces à administrer à mon enfant, si nécessaire, un ou plusieurs médicaments sans ordonnance en vente libre. Cocher les médicaments : <table style="display: inline-table; vertical-align: top; margin-left: 20px;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Acétaminophène (<i>Tylenol, Tempra</i>)</td> <td><input type="checkbox"/> Anti-inflammatoire Ibuprofène (<i>Advil</i>)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Antihistaminique (<i>Benadryl, Reactine</i>)</td> <td><input type="checkbox"/> Antibiotique en crème (<i>Polysporin</i>)</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Acétaminophène (<i>Tylenol, Tempra</i>)	<input type="checkbox"/> Anti-inflammatoire Ibuprofène (<i>Advil</i>)	<input type="checkbox"/> Antihistaminique (<i>Benadryl, Reactine</i>)	<input type="checkbox"/> Antibiotique en crème (<i>Polysporin</i>)	<input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____	
<input type="checkbox"/> Acétaminophène (<i>Tylenol, Tempra</i>)	<input type="checkbox"/> Anti-inflammatoire Ibuprofène (<i>Advil</i>)						
<input type="checkbox"/> Antihistaminique (<i>Benadryl, Reactine</i>)	<input type="checkbox"/> Antibiotique en crème (<i>Polysporin</i>)						
<input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____							
<input type="checkbox"/>	J'autorise la direction du Camp de neige de Lac-des-Écorces à faire en sorte que soient prodigués à mon enfant tous les soins nécessaires. Je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement (à mes frais) et à le faire admettre dans un établissement de santé. De plus, en cas d'urgence ou s'il est impossible de nous joindre, j'autorise le médecin choisi par les autorités du camp à prodiguer à mon enfant tous les soins médicaux requis par son état, y compris la pratique d'une intervention chirurgicale, transfusion, injections, anesthésie, hospitalisation, etc.						
<input type="checkbox"/>	Si des modifications concernant l'état de santé de mon enfant survenaient avant le début ou pendant la période du camp, je m'engage à transmettre cette information à la direction du camp, qui fera le suivi approprié avec le camp.						
<input type="checkbox"/>	J'autorise mon enfant à quitter le camp de neige à partir de ____ h à pied. Je suis conscient qu'à partir du moment où mon enfant aura quitté les lieux, le camp de neige n'est plus responsable celui-ci.						
Signature du parent ou tuteur: _____							
Date : _____							

RETOURNER CETTE FICHE D'INSCRIPTION À :

MUNICIPALITÉ DE LAC-DES-ÉCORCES

672, BOUL. ST-FRANÇOIS, LAC-DES-ÉCORCES (QUÉBEC) J0W 1H0

TÉLÉPHONE : 819-585-4600 ■ TÉLÉCOPIEUR : 819-585-4610