



# FORMULAIRE DE DEMANDE D'INSCRIPTION AU CAMP DE VACANCES

Veillez remplir tous les champs de ce formulaire et le signer. Il n'y a pas de frais exigés pour participer au camp. Si un champ ne s'applique pas, veuillez inscrire S. O. (sans objet). Les renseignements médicaux inscrits dans le formulaire demeureront confidentiels, et seuls le personnel de Bridges of Canada et celui des services d'urgences pourront en prendre connaissance. Un formulaire doit être rempli pour chacun des enfants d'une même famille. Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec nous en composant le 506 443-9960.

Nom du campeur : \_\_\_\_\_ Sexe : \_\_\_\_\_

Âge : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse postale : \_\_\_\_\_

Ville ou village : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Numéro(s) de téléphone : \_\_\_\_\_

Frère(s) ou sœur(s) inscrit(s) au camp cet été : \_\_\_\_\_

Nom du parent incarcéré ou ayant déjà été incarcéré : \_\_\_\_\_

L'enfant participant est-il couvert par un régime d'assurance-maladie provincial ou un autre régime d'assurance-maladie? Oui Non

Numéro de la carte d'assurance-maladie : \_\_\_\_\_ Date d'expiration : \_\_\_\_\_

Le participant a-t-il des problèmes physiques, affectifs ou comportementaux devant être communiqués au personnel du camp de vacances? Oui Non

Si oui, veuillez préciser : \_\_\_\_\_

Le participant est-il en thérapie? Oui Non

Si oui, veuillez préciser : \_\_\_\_\_

Votre enfant souffre-t-il d'allergies graves? \_\_\_\_\_

Si oui, a-t-il un EpiPen? Oui Non

Veillez inscrire tous les médicaments et les renseignements requis dans le tableau ci-dessous. Tous les médicaments doivent être dans l'emballage d'origine qui présente la posologie.

Médicament	Dose	Heure	Jour

Date du dernier vaccin contre le tétanos : \_\_\_\_\_

Veillez encercler les éléments qui s'appliquent ou se sont appliqués à votre enfant au cours des trois derniers mois :

Problèmes cardiaques	Douleurs graves à l'estomac	Somnambulisme	Varicelle	Rougeole
Rubéole	Troubles de l'alimentation	Consommation de drogue	Conjonctivite	Dépression
Maux d'oreilles	Incontinence nocturne	Maux de tête	Nausée	Diabète
Hépatite	Allergies	Asthme	Évanouissements	Épilepsie
Anxiété	TDAH	Oreillons	TDA	

Médecin de famille : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Nom du parent ou du tuteur : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone (jour) : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone (soir) : \_\_\_\_\_

Nom d'une autre personne ressource et lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone (jour) : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone (soir) : \_\_\_\_\_

Veillez cocher la semaine pour laquelle vous souhaitez inscrire le participant.

	Semaine 1	Dimanche 9 juillet	Vendredi 14 juillet
	Semaine 2	Dimanche 16 juillet	Vendredi 21 juillet
	Semaine 3	Dimanche 23 juillet	Vendredi 28 juillet

	Semaine 4	Dimanche 6 août	Vendredi 11 août
	Semaine 5	Dimanche 13 août	Vendredi 18 août

*Des exceptions à la condition d'âge peuvent être accordées selon la situation personnelles et conditionnellement à l'approbation du siège social.*

## **EXONÉRATION DE RESPONSABILITÉ ET CONDITIONS D'INSCRIPTION**

1. Je suis le parent ou le gardien du demandeur dont le nom est inscrit au présent formulaire et j'exonère le camp Bar None, ses administrateurs, dirigeants, membres moraux, employés et représentants de tout accident, perte, blessure, mésaventure ou dommage subi par le demandeur ou ses biens, et je comprends que des précautions raisonnables doivent être prises pour assurer la santé et la sécurité du demandeur. Tous les campeurs doivent être couverts par le régime d'assurance-maladie du Nouveau-Brunswick ou un régime équivalent. J'accorde la permission au demandeur de participer aux différentes activités organisées par le camp, notamment aux excursions aux chutes Fall Brook, au canotage dans la rivière Miramichi, aux séances de baignade dans la piscine, aux matchs sportifs, etc.
2. Le parent ou le tuteur qui soumet ce formulaire a la garde légale de l'enfant. S'il y a lieu, toutes les conditions de la garde seront communiquées par écrit et une photocopie de toute ordonnance de la cour établissant les droits de visite sera transmise au Camp.
3. Le chef de camp usera de patience et de créativité pour faire en sorte que les campeurs s'adaptent aux règles d'un camp communautaire thérapeutique. Les règles sont mises en place pour la sécurité et le bien-être des campeurs. Le chef de camp se réserve le droit de renvoyer un campeur s'il estime qu'il menace la sécurité des autres campeurs ou brime leurs droits, ou s'il semble refuser de respecter les règles du camp.
4. En signant le présent formulaire, le parent ou le tuteur accorde le droit au chef de camp d'avoir recours à des services spéciaux et de prendre toute mesure nécessaire pour répondre aux intérêts fondamentaux du campeur, ou d'obtenir l'aide médicale nécessaire au bien-être et à la santé du campeur. Le cas échéant, le personnel du camp informera le plus rapidement possible le parent ou le titulaire de la situation. Le parent est responsable de toute dépense additionnelle que de telles mesures pourraient entraîner.
5. J'accorde la permission de conserver et d'utiliser cette information pour les besoins du camp. Je comprends que l'adresse postale inscrite au formulaire sera celle utilisée par le camp.
6. J'accorde le droit de photographier et de filmer sur vidéo ou tout autre support numérique les personnes mineures dont je suis responsable aux fins de publication

ou de diffusion éventuelle, notamment en ligne.

7. J'exonère Bridges of Canada (BOC), ses représentants et ses employés de toute responsabilité liée à l'utilisation, par BOC ou tout autre média ou entité de mon nom, de mon image, de ma voix, de mes écrits, de mes paroles et de mes opinions, et de ceux qui me sont attribués.
8. J'ai lu attentivement le texte qui précède et toutes les parties du formulaire, et j'accepte l'exonération de responsabilité, les conditions et les politiques du camp Bar None.

---

(Signature du parent ou du tuteur légal)

(Date)

Les formulaires dûment remplis doivent être transmis par courriel, par la poste ou par télécopieur d'ici le 20 juin 2016. Vous trouverez nos coordonnées ci-dessous.

**Bridges of Canada, Inc. 440, rue York,**

**Fredericton, Nouveau-Brunswick E3B 3P7**

**Téléphone : 506 443-9960**

**Ligne téléphonique directe du camp : 506 369-1091 (pendant**

**l'été seulement) Télécopieur : 506 443-9969**

**[barnone@bridgesofcanada.com](mailto:barnone@bridgesofcanada.com)**