

**Formulaire d'inscription aux Camps de vacances Juillet 2013**

**Session 1: 08 au 11 / 14 au 17 Juillet de 09H00 à 16H00**

**Session 2: 05 au 08 / 12 au 15 Août de 09H00 à 16H00**

Nom de l'enfant \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_ Sexe M  F   
Date de naissance (jour/mois/année) \_\_\_\_\_  
Nom du parent \_\_\_\_\_ Tel.(maison) \_\_\_\_\_  
Tel. (travail) \_\_\_\_\_ Tel.(portable) \_\_\_\_\_  
Adresse complète \_\_\_\_\_  
Nom du parent \_\_\_\_\_ Tel.(maison) \_\_\_\_\_  
Tel. (travail) \_\_\_\_\_ Tel.(portable) \_\_\_\_\_  
Adresse complète \_\_\_\_\_  
Ecole Fréquentée \_\_\_\_\_

Dates d'inscription au camp de l'enfant susmentionné (veuillez cocher)

- Session 1 :**           **08 au 11 / 14 au 17 Juillet de 09H00 à 16H00**  
 **Session 2 :**           **05 au 08 / 12 au 15 Août de 09H00 à 16H00**

**PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE (A COMPLETER OBLIGATOIREMENT)**

Veuillez indiquer ci-après le nom de 2 personnes à contacter en cas d'urgence (DIFFERENTES DE CELLES NOMMEES CI-DESSUS).

En signant ce formulaire, vous autorisez votre enfant à quitter le Camp avec les personnes ci-dessous

① Nom \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Lien avec l'enfant \_\_\_\_\_

② Nom \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Lien avec l'enfant \_\_\_\_\_

**NUMEROS DE CARTE ALBERTA HEALTH**

**RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX**

Veuillez indiquer ci-dessous tout problème de santé susceptible d'affecter la participation de votre enfant au camp (allergie, hospitalisation, traitement de longue durée\*)

---

---

---

---

---

**AUTORISATIONS** \*Le cas échéant, merci de nous retourner l'autorisation d'administrer des médicaments dûment remplie.  
**AUTORISATION D'ADMINISTRER DES SOINS MEDICAUX D'URGENCE.**

Dans l'éventualité où notre enfant aurait besoin de recevoir des soins médicaux d'urgence pendant les heures d'activités organisées par le CANAF, nous autorisons par la présente le personnel du Canaf ou celui travaillant avec le CANAF (Animateur ou Animatrice) à lui administrer les premiers secours ou tout traitement médical mineur. Le CANAF s'engage à nous contacter immédiatement si notre enfant a besoin de soins plus importants ; si nous ne sommes pas joignables, nous autorisons le CANAF

à appeler directement les services d'urgence. Nous dégageons le CANAF, ses employés et les personnes agissant en son nom de toute responsabilité et nous engageons à ne porter aucune réclamation et à n'intenter aucune poursuite en relation avec le transport et/ou le traitement médical de l'enfant susnommé. Nous sommes conscients du fait que le Canaf n'offre pas d'assurance médicale à ses enfants, et nous engageons à procurer une couverture médicale à notre/nos enfants.

Je déclare dégage le CANAF et ses bénévoles, de toute responsabilité et de toute action, réclamation ou demande que moi-même, mes cessionnaires, héritiers, gardiens, proches, conjoint et représentants juridiques ont ou peuvent avoir à l'avenir, pour des dommages, la mort ou des dégâts matériels, liés à ma participation à ces activités, la participation de mes enfants, ou des enfants sous mes soins à ces activités, l'état des lieux ou ces activités se produisent, tout en y participant ou non. Je conviens également que moi-même, mes cessionnaires, héritiers, gardiens, proches, conjoint et représentants juridiques ne feront aucune réclamation contre, ne poursuivront pas le CANAF et ses partenaires en rapport avec l'un ou l'autre des dégagements ci-haut mentionnés.

**Nous autorisons les employés ou bénévoles de la Canaf :**

à prodiguer à notre enfant les premiers soins ou tout autre traitement médical mineur adéquat  Oui  
 Non

à prendre toute décision appropriée en cas d'urgence ou de catastrophe naturelle  Oui  
 Non

**SIGNATURES**

Nous soussignés parents/ responsables légaux de l'enfant susmentionné, déclarons avoir lu et compris les informations contenues dans le présent Formulaire d'inscription. Nous certifions que toutes les informations qui y sont contenues sont exactes et nous engageons à notifier tout changement au Coordinateur du Camp: Olivier Dellapina.

**Nom du parent ou responsable légal**

\_\_\_\_\_

ECRIRE EN MAJUSCULES, SVP/PRINT

**Signature** \_\_\_\_\_

**Date** \_\_\_\_\_

**Nom du parent ou responsable légal**

\_\_\_\_\_

ECRIRE EN MAJUSCULES, SVP/PRINT

**Signature** \_\_\_\_\_

**Date** \_\_\_\_\_

Suite 1601, 840 – 7 Ave S.W., Calgary, Alberta T2P 3G2 Telephone: (403) 532-6334

Email: [odellapina@canaf-calgary.ca](mailto:odellapina@canaf-calgary.ca)