

CAMP DE JOUR L'AMICAL

FORMULAIRE INSCRIPTION

ÉTÉ 2024



U P F M

UN PROLONGEMENT À LA FAMILLE DE MONTRÉAL
200-2194 AVENUE DE LA SALLE, MONTRÉAL, H1V 2K8
514-504-7989 INFO@UPFM.CA

Fiche d'inscription



1. Informations générales sur le membre

Prénom :		Âge :	
Nom :		Date de naissance (AAAA/MM/JJ):	
Adresse :		Numéro assurance maladie :	
Ville :		Code postal :	

2. Parents ou responsable

Prénom :		Prénom	
Nom :		Nom :	
Lien avec le membre		Lien avec le membre	
Adresse :		Adresse :	
Ville :		Ville :	
Code Postal :		Code Postal :	
Téléphone 1* :		Téléphone 1* :	
Téléphone 2 :		Téléphone 2 :	
Courriel** :		Courriel** :	
Lieu de résidence : <input type="checkbox"/> Parents <input type="checkbox"/> Famille d'accueil <input type="checkbox"/> Résidence <input type="checkbox"/> Appartement autonome			

* Le « téléphone 1 » est celui avec lequel nous vous rejoindrons en premier en cas de problème/question.

** Le courriel est ce qui nous permet de vous transmettre les informations le plus efficacement !

3. Prix, lieu et semaine de camp :

	Semaine de 4 jours	Semaine de 3 jours (congés fériés)
Tarif par semaine	160 \$	120 \$
Prix du chandail	5\$	

Période	Du lundi 17 juin au jeudi 15 août 2024
Heures du camp	Le camp débute à 9h et se termine à 16h
Lieu	200-2194 avenue de la Salle, Montréal, H1V 2K8

4. Inscription au camp et grandeur chandail

Semaine du camp de jour	Cochez	Grandeur du chandail	Cochez
17 juin au 20 juin	<input type="checkbox"/>	S	<input type="checkbox"/>
25 juin au 27 juin (3 jours) *	<input type="checkbox"/>	M	<input type="checkbox"/>
02 juillet au 04 juillet (3 jours) **	<input type="checkbox"/>	L	<input type="checkbox"/>
08 juillet au 11 juillet	<input type="checkbox"/>	XL	<input type="checkbox"/>
15 au 18 juillet	<input type="checkbox"/>	2XL	<input type="checkbox"/>
22 juillet au 25 juillet	<input type="checkbox"/>	3XL	<input type="checkbox"/>
29 juillet au 1 ^{er} août	<input type="checkbox"/>	4XL	<input type="checkbox"/>
05 août au 08 août	<input type="checkbox"/>	5XL	<input type="checkbox"/>
12 août au 15 août	<input type="checkbox"/>	6XL	<input type="checkbox"/>

*Nous sommes fermés pour la Saint-Jean-Baptiste le 24 juin 2024

**Nous sommes fermés pour la Fête du Canada le 1^{er} juillet 2024

***Notez qu'il est possible de s'inscrire pour des semaines complètes seulement.

****Les journées d'absences sont non-remboursables

5. Départ *

Le membre est-il autorisé à quitter le camp de jour par lui-même ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
--	------------------------------	------------------------------

6. Urgence

Outre les parents ou responsable, qui pouvons-nous joindre en cas d'urgence?			
Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom :	
Téléphone :		Téléphone :	
Lien avec le membre		Lien avec le membre	

7. Médicaments

Le membre prend-il des médicaments ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, noms des médicaments :	Posologie :
Les prend-il lui-même ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Préciser :

8. Conditions et allergies

Vit-il avec une des conditions suivantes?		A-t-il des allergies? Si oui, lesquelles :	
Migraines	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Animaux _____	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Autres, précisez :		Médicaments _____	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
		Allergies alimentaires _____	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
		Précisez :	

Le membre a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Epipen) en raison de ses allergies?

Oui Non

À SIGNER SI VOTRE MEMBRE A UNE DOSE D'ADRÉNALINE

Par la présente, j'autorise les personnes désignées par le camp de jour de l'Amical à administrer, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline à

(NOM & PRÉNOM du membre)

Signature du parent ou responsable

9. Médicaments en vente libre (si applicable)

J'autorise le personnel du camp de jour de l'Amical à administrer au membre, si nécessaire, un ou plusieurs médicaments sans ordonnance en vente libre.

Cochez les médicaments :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Acétaminophène (Tylenol, Tempra) | <input type="checkbox"/> Sirop contre la toux |
| <input type="checkbox"/> Antiémétique (Gravol) | <input type="checkbox"/> Antibiotique en crème (Polysporin) |
| <input type="checkbox"/> Antihistaminique (Benadryl, Reactine) | <input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____ |
| <input type="checkbox"/> Anti-inflammatoire (Advil) | |

10. Antécédents médicaux et vaccins

Votre membre a-t-il déjà subi une intervention chirurgicale?		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Si oui, précisez :			
Date :		Raison :	
Blessures graves		Maladies chroniques ou récurrentes	
Date :		Date :	
Décrire :		Décrire :	

11. Autres informations pertinentes (utilisez les énoncés applicables à votre situation)

Votre membre a-t-il besoin d'un VFI (veste de flottaison individuelle) lorsqu'il nage?		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Précisez :			
Votre membre a-t-il un suivi particulier pendant l'année (médecin spécialiste, CLSC, CIUSS, technicien(ne) en éducation spécialisée, psychoéducateur(trice), travailleur(se) social(e), etc.)?		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Si oui, précisez :			
Y a-t-il des activités auxquelles votre membre ne peut pas participer ou seulement moyennant certaines conditions?		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Si oui, expliquez :			



12. Autorisation des parents ou responsable

Étant donné que le camp de jour de l'Amical prendra des photos et (ou) des vidéos au cours des activités durant l'été, je l'autorise à se servir de ce matériel en tout ou en partie à des fins promotionnelles.

OUI

NON

J'autorise le camp de jour de l'Amical à prodiguer les premiers soins au membre. Si la direction du camp de jour de l'Amical le juge nécessaire, je l'autorise également à le transporter par ambulance ou autrement dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire.

OUI

NON

Je m'engage à collaborer avec la direction du camp de jour de l'Amical et à venir la rencontrer si le comportement de mon membre nuit au bon déroulement des activités.

OUI

NON

Signature du parent ou responsable

Veillez prendre note que toutes les informations concernant l'état de santé de votre membre demeureront confidentielles. Elles seront transmises uniquement à son animateur et à son responsable afin de permettre un meilleur encadrement ainsi qu'une intervention plus efficace en cas d'urgence.

Veillez transmettre ce document à Isabelle Lafond-Lemaire par courriel à info@upfm.ca ou en version papier directement à l'UPFM situé 2194 avenue de la Salle, bureau 200, Montréal, H1V 2K8.

Des questions sur l'inscription, le camp et l'organisation? Contactez Isabelle, agente administrative, au 514-504-7989 du lundi au jeudi de 8h à 16h

Pour la direction, veuillez contactez Kim Pimparé-Vaillant, directrice-adjointe, au administration@upfm.ca



13. Paiement

Vous recevrez via courriel ou par la poste une facture.

Préférence : Courriel _____

Adresse postale _____

Nous acceptons 4 modalités de paiement

- Par **virement Interac**
 - À l'adresse courriel : **comptabilite@upfm.ca**
 - Il n'y a pas de réponse de sécurité.
 - **SVP indiquez le nom du membre lors du transfert**
- Par **chèque**
 - À l'ordre de Le Prolongement à la Famille de Montréal
- Par **argent comptant**
 - Directement remis au secrétariat
- Par **carte de débit**
 - Directement au secrétariat via la plateforme square

Modalités de remboursement et pénalités

Les frais d'inscription au camp de jour seront remboursés en totalité moins des frais d'annulation de 25 \$ dans le cas d'une annulation plus d'un mois avant le début du camp de jour.

Les frais ne seront pas remboursés dans le cas d'une annulation à moins d'un mois avant le début du camp de jour.

Dans le cas où le membre ne peut plus participer aux activités du camp de jour pour des raisons de santé (preuve médicale à l'appui), le camp l'Amical remboursera la totalité des frais d'inscription, sans frais d'annulation.

Les journées d'absences sans preuve médicales ne sont pas remboursables.

Toute demande de remboursement doit être faite par écrit à l'adresse courriel suivante : administration@upfm.ca avec en CC comptabilite@upfm.ca