

**Formation en percussions
traditionnelles
24 au 26 mars 2017**



Formulaire d'inscription

INFORMATION SUR L'ENFANT

Prénom :		Nom :	
Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance (JJ/MM/AAAA) :		Âge au début du séjour :
Numéro d'assurance maladie :		Date d'expiration (MM/AAAA) :	

INFORMATIONS MÉDICALES

Votre enfant souffre-t-il d'ALLERGIES ?	NON	<input type="checkbox"/>	Noix	<input type="checkbox"/>	Piqures d'insectes
		<input type="checkbox"/>	Arachides	<input type="checkbox"/>	Fruits de mer
		<input type="checkbox"/>	Oeufs	<input type="checkbox"/>	Autre : _____
Votre enfant souffre-t-il de problèmes de santé particuliers ?	NON	<input type="checkbox"/>	Ashtme	<input type="checkbox"/>	Épilepsie
		<input type="checkbox"/>	Hyperactivité	<input type="checkbox"/>	Trouble visuel
		<input type="checkbox"/>	Trouble auditif	<input type="checkbox"/>	Autre : _____

AUTORISATION DE DISTRIBUTION DE MÉDICAMENTS EN CAS DE BESOIN

J'autorise le personnel du CEPN à distribuer à mon enfant, en cas de besoin, un ou plusieurs des médicaments ci-après décrits (signature obligatoire pour chacun des médicaments énumérés) :

Cochez	Nom du médicament	Signature du parent
<input type="checkbox"/>	Ibuprofène (<i>advil, motrin, etc.</i>) si inflammation	
<input type="checkbox"/>	Acétaminophène (<i>tylenol, tempral, etc.</i>) si fièvre, céphalée ou douleur	
<input type="checkbox"/>	Anti-émétique (<i>gravol</i>) si nausées ou vomissements	
<input type="checkbox"/>	Sirop contre la toux et décongestionnant	
<input type="checkbox"/>	Anti-histaminique (<i>bénadryl, claritin</i>) si réaction allergique	
<input type="checkbox"/>	Crème / vaporisateur antibiotique (<i>polysporin</i>) si contusion ou éraflure	
<input type="checkbox"/>	Crème avec cortisone si démangeaison	
<input type="checkbox"/>	Granules homéopathiques (<i>arnica, ledum, etc.</i>)	

INDIQUEZ CI-DESSOUS LES MÉDICAMENTS QUE L'ENFANT DEVRA POSSIBLEMENT PRENDRE PENDANT SON SÉJOUR :

(Ex. : Ventolin, pompe)		(Ex. : Pour crise d'asthme)		(Ex. : 2 bouffées avant exercices)	
Nom du médicament	Indication	Fréquence	Cochez :		
			Régulièrement	au besoin	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

NB : Tous les médicaments à prendre régulièrement devront être remis obligatoirement dans le système alvéolaire de distribution (système Dispill) préparé par le pharmacien que vous pouvez obtenir gratuitement sur demande, en téléphonant à l'avance à votre pharmacien. Ceci est le mode le plus sécuritaire, car le nom de l'enfant et l'heure sont inscrites sur chaque dose. Les médicaments « au besoin » devront être dans leur contenant original avec l'étiquette de prescription.

AUTORISATION EN CAS D'URGENCE

J'autorise la direction du CEPN 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.

Signature : _____

INFORMATION SUR LES PARENTS

Premier répondant (parent)		Deuxième répondant (parent)	
Prénom :		Prénom :	
Nom :		Nom :	
Téléphone :		Téléphone :	
Adresse :		Adresse :	
Ville, province : Code postal :		Ville, province : Code postal :	
Téléphone travail :		Téléphone travail :	
Autre téléphone :		Autre téléphone :	
Courriel :		Courriel :	

CONTACT D'URGENCE

Contact d'urgence 1		Contact d'urgence 2	
Prénom :		Prénom :	
Nom :		Nom :	
Téléphone :		Téléphone :	
Autre téléphone :		Autre téléphone :	
Relation :		Relation :	

POLITIQUES DE PAIEMENT ET MODALITÉS DE REMBOURSEMENT

- Les frais d'inscription de 100,00\$ sont payables au moment de l'inscription, par chèque et ne sont pas remboursables en cas d'annulation.
- Il n'y a pas de remboursement pour une arrivée tardive, un départ hâtif ou pour des journées d'absence.
- Les chèques doivent être faits au nom du Conseil en Éducation des Premières Nations (CEPN) et adressés au 95, rue de l'Ours, Wendake, Québec, G0A 4V0.

ACCEPTATION DES CONDITIONS

Par la présente, j'accepte les conditions d'inscription et de paiement ci-haut mentionnées. De plus, j'accepte que le CEPN utilise des photos ou films de mes enfants pris lors de leurs séjours à des fins publicitaires telles que brochures, revues, journaux, télévision, etc. Tout le matériel utilisé demeurera la propriété du CEPN.

 Signature : _____