



Le camp d'été FRANCO-FUN en VACANCES 2009 Summer camp



Nom (**Last name**): _____

Prénom (**First name**): _____

Sexe / **Sex**: M F

Semaine du /

Weeks of:	July 6 - 10 juillet _____	August 4 - 7 août _____
	July 13 - 17 juillet _____	August 10 - 14 août _____
	July 20 - 24 juillet _____	August 17 - 21 août _____
	July 27 - 30 juillet _____	August 24 - 28 août _____

Date de naissance (**date of birth**): _____

Parents/tuteurs (**parents/tutor**): _____

Adresse (**address**): _____ C.P./P.C.: _____

Téléphone (**phone#**) domicile (**home**): _____ Travail/(**Work**): _____

Cel : _____

Numéro d'assurance médicale (**Health Insurance #**): _____

Nom et no. de tél. du médecin de famille (**name and phone # of your family doctor**):

Nom/Name

No. tél./Tel. #

Mon enfant a des problèmes de santé (**my child has health problem**): oui (yes) _____
non (no) _____

Si oui, lesquels (**if yes, specify**):

Asthme (**asthma**) _____

Épilepsie (**epilepsy**) _____

Hyperventilation _____

Diabète (**diabetes**) _____

Hypo/hyperglycémie (**a**) _____

Problème cardiaque (**heart problem**) _____

Autres (**others**): _____

Mon enfant est vacciné (**My child is immunized**) oui (yes) _____ non (no) _____

Copie du livret /**copy of the immunisation book**? oui (yes) _____ Si non, À quelles dates que votre enfant a été vacciné ? (**If no, which date your child has been immunised?**)

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____

Signature: _____

Est-ce que vous acceptez que votre enfant soit photographié par L'AFN à des fins publicitaires ? **Do you consent that pictures of your child be taken by L'AFN for promotional purpose?** Oui (Yes) _____ Non (No) _____

Mon enfant a des allergies (**my child has allergies**): oui (yes): _____ non (no): _____
Si oui lesquels (**if yes, specify**):

Arachides et noix (**peanuts**) _____ produits laitiers (**dairy products**) _____
Piqûres d'abeille (**bee stings**) _____ pollen (**pollen**) _____
Autres (**others**): _____

Mon enfant prend des médicaments (**my child takes drugs**):

oui (yes): _____ non (no): _____

Si oui, (**if yes**): seul (**by himself**): _____ avec aide (**with help**): _____

Personnes à contacter en cas d'urgence (**emergency contact people**):

Nom (**name**) : _____ tél. (**phone#**): _____

Nom (**name**): _____ tél. (**phone#**): _____

En cas d'urgence je donne la permission aux monitrices du camp d'appeler au besoin un médecin et/ou une ambulance (**In the event of an emergency I authorize the caregiver to call a physician and/or an ambulance**) oui (yes): _____ non (no): _____

Mon enfant peut quitter le camp seul après 16h00 (**my child can leave the camp alone after 4h00**)
oui (yes): _____ non (no): _____. Sinon, un adulte devra venir le chercher à l'emplacement du camp (**if no, an adult should come to pick him/her up at the camp meeting point**).

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant (**people authorized to pick up the child**):

1. Nom (**name**): _____ Relation: _____ Tél./Tel: _____
2. Nom (**name**): _____ Relation: _____ Tél./Tel: _____

Je donne la permission au personnel du camp d'été d'amener mon enfant en excursion en dehors de l'école Océane. (**I give the permission to the summer camp staff to bring my child for outings outside Oceane School**).

Oui (yes): _____ non (no): _____

N.B : Il n'y aura aucun remboursement pour maladie à moins qu'une lettre signée d'un médecin nous soit soumise nous avisant que l'enfant doit être absent pour le reste de la session. Si votre enfant ne sent pas bien ou est malade, nous vous prions de ne pas l'envoyer au camp jusqu'à ce qu'il aille mieux. La seule autre possibilité de remboursement est que le service ne peut pas/plus être fourni par L'AFN. Ce remboursement ne couvrira que la portion de service non rendu. (There will be no refund for temporary sickness unless we get a letter from a physician stating that the child cannot attend summer camp for the remaining of the session that he/she registered for. If you child feels or is sick, please do not send him to the camp until he is better. The only other refund possibility would be if the AFN is not/no longer able to provide the service. In this case, you will be refunded for the remaining sessions only).

Est-ce qu'il y a d'autres informations importantes que les personnes responsables de mon enfant devraient savoir? (**Do you have other important information for people in charge of your children?**):

Signature : _____ date : _____