

## MISES EN GARDE

1. Le camp n'est pas responsable des objets personnels endommagés, perdus ou volés.

2. Les activités du cirque, comme celles du plein air comportent certains risques d'accident. Nous prenons toutes les mesures raisonnables pour les éviter. Cependant en inscrivant votre enfant à nos activités, vous acceptez les risques qui y sont inhérents.

3. Le camp étant un lieu où nous vivons en promiscuité, vous devrez venir chercher votre enfant s'il a de la fièvre ou des symptômes de gastro-entérite. À ce moment-là, nous vous rembourserons la totalité des journées non consommées et si votre enfant veut revenir au camp, il pourra le faire après 3 journées de bien être à la maison.

S'il y a lieu, indiquez les activités que votre enfant ne doit pas exercer et informez-nous si votre enfant ne sait pas nager. Si vous avez d'autres commentaires, svp annexe les documents.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Par la présente, je certifie que les renseignements fournis sur la fiche médicale sont exacts, que j'ai lu les mises en garde et que je suis en accord avec elles.

De plus, j'ai la responsabilité de transmettre au camp toute nouvelle information médicale survenue entre la date où la fiche a été remplie et la date d'arrivée au camp.

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

## DEMANDE D'AUTORISATION :

En cas d'urgence, s'il est impossible de rejoindre les parents, j'autorise Geronimo à prendre les mesures nécessaires et à faire transporter mon enfant chez le médecin ou à l'hôpital le plus près afin d'y recevoir tous les soins médicaux requis par son état.

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

J'autorise le camp Geronimo à administrer, en cas de besoin, des médicaments sans prescription tels des Tylénols, des Advils et des onguents antibiotiques :

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

S'il y a lieu, j'autorise Geronimo à utiliser des photos ou des films de mon enfant à des fins promotionnelles.

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Pour les sessions de 12 et 6 jours, j'autorise mon enfant à participer aux glissades d'eau.

Cochez si non applicable : \_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

### Politiques de remboursement :

#### Annulation plus de 30 jours avant le camp :

Journées non consommées remboursées à 100% sauf le dépôt.

#### Annulation occasionnée par un problème de santé avant ou pendant le camp :

Journées non consommées remboursées à 100% sauf le dépôt.

#### Annulation occasionnée par toutes autres raisons pendant le camp ou moins de 30 jours avant le camp :

Journées non consommées remboursées à 50% sauf le dépôt

**Interdit sur le site sous peine d'expulsion :** cigarette, boisson, comportement inacceptable



Inscription et fiche santé  
2021



Photo  
Facultatif

### Renseignements personnels :

Nom du jeune : \_\_\_\_\_ Sexe : \_\_\_\_

Age : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Province : \_\_\_\_\_ code postal \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Cellulaire : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

**\*Important : No assurance maladie :** \_\_\_\_\_  
**expiration :** \_\_\_\_\_

Nom du père : \_\_\_\_\_

Tél. au travail : \_\_\_\_\_

Nom de la mère : \_\_\_\_\_

Tél. au travail : \_\_\_\_\_

Personnes à contacter en cas d'urgence autres que les parents :

1. \_\_\_\_\_

Tél : \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

Tél : \_\_\_\_\_

No d'assurance sociale du parent qui déduira le montant de la facture à ses impôts :

**OBLIGATOIRE SI VOUS DÉSIREZ RECEVOIR LE RELEVÉ 24**

Nom : \_\_\_\_\_

No d'assurance sociale : \_\_\_\_\_

## Sessions et prix 2021

Toutes nos sessions sont offertes aux 7 à 16 ans.  
Notez que les enfants sont regroupés par groupes d'environ le même âge.

Les sessions marquées d'un astérisque sont soit la première semaine d'un séjour de 12 nuits ou la deuxième semaine d'un Séjour de 12 nuits.

Veuillez noter que le rabais familial s'applique aussi pour un enfant qui s'inscrit 2 fois dans le même été (enlevez 100\$ après taxes sur la 2<sup>ème</sup> session)

Envoi dans la même enveloppe:

Fiche d'inscription et chèque post daté pour le solde.

Faire les chèques à l'ordre de : Geronimo plein air Inc.

Un reçu final ainsi que divers documents vous seront renvoyés par la suite par courriel.

Envoyez le tout par la poste :



**Geronimo**  
1017 ch. de la Seigneurie  
Lachute, QC  
J8H 3W9

Votre jeune est-il déjà venu au camp Geronimo ? \_\_\_\_\_  
Si vous avez répondu « non », Geronimo vous a été référé par :

Amis ( ) Internet ( ) Journaux ( ) École ( ) Facebook ( )  
Répertoire des camps de l'ACQ papier ( )  
Répertoire des camps de l'ACQ internet ( )  
Autres ( )

**Demande spéciale : Si votre jeune veut être avec un ou des amis, inscrivez ici leurs noms, nous ferons notre possible afin qu'ils soient ensemble s'ils ont approximativement le même âge.**


**Bienvenue chez Geronimo!!!!**

Sessions Encerclez	SESSIONS DE 5 NUITS
27 juin au 2 juillet*	PRIX : 595\$ + tx = 684,10\$
11 au 16 juillet	1 enfant: 684,10\$ 2 enfants: 1268,20\$ (rabais de 100\$ après taxes) 3 enfants: 1852,30\$ (rabais de 200\$ après taxes)
18 au 23 juillet	*Si inscription avant le 1 <sup>er</sup> mars : enlever 40\$ après taxes
25 juillet au 30 juillet	Chèque post daté du 1 <sup>er</sup> juin pour les sessions du : 27 juin au 2 juillet -- 11 au 16 juillet—18 au 23 juillet
8 au 13 août	Chèque post daté du 1 <sup>er</sup> juillet pour les sessions du : 25 juillet au 30 juillet –8 au 13 août

Sessions Encerclez	SESSIONS DE 6 NUITS
3 au 9 juillet	PRIX : 695\$+tx= 799,08\$
31 juillet au 6 août	1 enfant: 799,08\$ 2 enfants: 1498,16\$(rabais de 100\$) 3 enfants: 2197,24\$(rabais de 200\$)
	*Si inscription avant le 1 <sup>er</sup> mars : enlever 40\$ après taxes
	Chèque post daté du 1 <sup>er</sup> juin pour la session du 3 au 9 juillet Chèque post daté du 1 <sup>er</sup> juillet pour la session du 31 juillet au 6 août

Sessions Encerclez	SESSIONS DE 12 NUITS
27 juin au 9 juillet	PRIX : 1175\$+tx= 1350,96
25 juillet au 6 août	1 enfant : 1350,96\$ 2 enfants: 2601,92\$ (rabais de 100\$) 3 enfants: 3852,88\$ (rabais de 200\$)
	*Si inscription avant le 1 <sup>er</sup> mars : enlever 40\$ après taxes
	Chèque post daté du 1 <sup>er</sup> juin pour la session du 27 juin au 9 juillet Chèque post daté du 1 <sup>er</sup> juillet pour la session du 25 juillet au 6 août

## Fiche santé

Votre enfant souffre-t-il des symptômes suivants?	oui	non	Spécifiez si nécessaire
asthme			
troubles cardiaques			
épilepsie			
diabète			
hémophilie			
hernies			
handicaps quelconques			
problèmes de comportement ?			
hyperactivité?			
somnambulisme?			
porte-t-il des prothèses?			
mange-t-il anormalement?			
mouille-t-il son lit?			

Votre enfant a-t-il visité un médecin dernièrement? \_\_\_\_\_  
Pour quelle raison? \_\_\_\_\_

Nom du médecin traitant : \_\_\_\_\_  
Tél. : \_\_\_\_\_

Votre enfant a-t-il eu :  
le vaccin de la méningite? \_\_\_\_\_ le vaccin du tétanos? \_\_\_\_\_

Votre enfant a-t-il eu la Covid-19? \_\_\_\_\_  
Quelle date? \_\_\_\_\_

Votre enfant prend-il des médicaments? \_\_\_\_\_ Si oui, lesquels?  
\_\_\_\_\_

Posologie : \_\_\_\_\_  
Est-ce que vous nous autorisez à lui administrer ses prescriptions?  
Signature : \_\_\_\_\_ date : \_\_\_\_\_

## Allergies

Votre enfant souffre-t-il d'allergies?	cochez
Piqûres d'insectes	spécifiez :
Pénicilline	spécifiez :
Autres médicaments	spécifiez :
Certains aliments	spécifiez :
*Une collaboration spéciale des parents sera exigée selon le type d'allergie	

Toujours concernant les allergies sévères :  
Votre enfant possède-t-il son auto-injecteur d'épinéphrine? \_\_\_\_\_  
Si oui, svp nous envoyer **3 photos** de votre jeune et veuillez signer cette autorisation :

« J'autorise les personnes désignées par le camp à administrer, selon le besoin, en cas d'urgence, la dose d'épinéphrine suivante à mon enfant : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ date : \_\_\_\_\_