

CAMPS D'ÉTÉ FRANCOPHONE FRENCH SUMMER CAMPS

2023



Nom complet de l'enfant:

Child's full name:

Date de naissance:

Date of birth:

École:

School attended:

Sexe:

Gender:

<input type="checkbox"/> F
<input type="checkbox"/> M
<input type="checkbox"/> Autre / Other :

J'inscris mon enfant pour:

I register my child for:

<input type="checkbox"/> Semaine 1 – Week 1	<input type="checkbox"/> Semaine 5 – Week 5
<input type="checkbox"/> Semaine 2 – Week 2	<input type="checkbox"/> Semaine 6 – Week 6
<input type="checkbox"/> Semaine 3 – Week 3	<input type="checkbox"/> Semaine 7 – Week 7
<input type="checkbox"/> Semaine 4 – Week 4	<input type="checkbox"/> Semaine 8 – Week 8

PARENT 1

Nom complet du parent:

Parent's full name:

Adresse:

Address:

Ville et code postal:

City and ZIP code:

Phone number:

Numéro de téléphone

Adresse courriel:

Email address:

PARENT 2

- Utilisez les informations de Parent 1.** Use same information as Parent 1.

Nom complet du parent:

Parent's full name:

Adresse:

Address:

Ville et code postal:

City and ZIP code:

Phone number:

Numéro de téléphone

Adresse courriel:

Email address:

INFORMATIONS MÉDICALES
MEDICAL INFORMATION

Médecin de famille:

Family doctor:

--

de carte d'assurance maladie

Medical Care Card #:

--

Conditions médicales :

Oui

Non

Détaillez:

Medical conditions:

Yes

No

Specify:

Problème de vue Vision impairment			
Problème d'ouïe Hearing impairment			
Asthme Asthma			
Diabète Diabetes			
Épilepsie Epilepsy			
Condition cardiaque Heart disease			
Allergies Allergies			
Restriction alimentaire Food restriction			
Autre Other			

Un traitement est nécessaire pendant le camp

A treatment is needed during camp

Liste des médicaments – List of medication:

Heure – Times:

Raison – Reasons:

Contact d'urgence #1

Nom + Numéro de telephone:

Contact d'urgence #1

Name + Phone number:

Contact d'urgence #2

Nom + Numéro de telephone:

Contact d'urgence #2

Name + Phone number:

Autres informations importantes: Other important information:

- Je consens à signaler tous changements de renseignements médicaux concernant mon enfant d'ici le début du camp de jour. Je donne permission à mon enfant de participer à toutes les activités du camp de jour. En signant la présente, j'autorise le Centre culturel francophone de l'Okanagan à prodiguer tous les soins infirmiers nécessaires. Si le personnel du camp de jour et du Centre culturel francophone de l'Okanagan le juge nécessaire, je les autorise à transporter mon enfant par ambulance ou autrement, dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire et j'autorise le médecin choisi par les autorités du camp à prodiguer à mon enfant séjournant au camp, tous les soins médicaux requis par son état, y compris la pratique d'une intervention chirurgicale, des injections, l'anesthésie et l'hospitalisation. J'accepte toute responsabilité financière en excès des bénéfices délimités par le programme provincial de santé et/ou mon assurance médical.**

I will notify the Centre Culturel Francophone de l'Okanagan of any changes that occur in my child's health between completing this form and the start of day camp. I give permission for my child to participate in the full range of day camp activities. By signing this document, I authorize the Centre Culturel Francophone de l'Okanagan (CCFO) to give my child all necessary medical help. If the CCFO staff deem it necessary, I give them permission to transport my child by ambulance or other methods of transportation and I give permission to CCFO to authorize on my behalf all medical procedures including admission to hospital and treatment therein as they deem necessary for the care and well-being of my child. I agree to accept financial responsibility in excess of the benefits allowed by the provincial health program and/or my medical insurance.

Nom du Parent ou Tuteur:

Name of Parent or Guardian:

Date :

Date:

Signature :

Signature: