



Prière d'envoyer ce formulaire 7 jours ouvrables avant la date du camp au :
Lac Pouce par **courriel à animation@lacpouce.com (ou fax 418-678-1595)**

DATES DES CAMPS 2025-2026

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Camp # 1: 19-20-21 sept. 25 | <input type="checkbox"/> Camp # 6: 28-29-30 nov. 25 | <input type="checkbox"/> Camp # 11: 13-14-15 mars 26 |
| <input type="checkbox"/> Camp # 2: 03-04-05 oct. 25 | <input type="checkbox"/> Camp # 7: 12-13-14 déc. 25 | <input type="checkbox"/> Camp # 12: 27-28-29 mars 26 |
| <input type="checkbox"/> Camp # 3: 17-18-19 oct. 25 | <input type="checkbox"/> Camp # 8: 16-17-18 jan. 26 | <input type="checkbox"/> Camp # 13: 10-11-12 avril 26 |
| <input type="checkbox"/> Camp # 4: 31 oct.-1-2-nov. 25 | <input type="checkbox"/> Camp # 9: 30-31 jan. 1fév. 26 | <input type="checkbox"/> Camp # 14: 24-25-26 avril 26 |
| <input type="checkbox"/> Camp # 5: 14-15-16 nov. 25 | <input type="checkbox"/> Camp # 10: 13-14-15 fév. 26 | <input type="checkbox"/> Camp # 15: 08-09-10 mai 26 |

Provenance : ☐ Centre Jeunesse; ☐ CSSS (CLSC); ☐ Organisme : _____

Nom de l'intervenant (e) : _____

Nom du service ou ville du point de service : _____

Téléphone : _____ Poste : _____ Fax : _____

Situation familiale :		Revenu annuel
<input type="checkbox"/> Monoparental Père <input type="checkbox"/> Monoparental Mère <input type="checkbox"/> Deux parents <input type="checkbox"/> Famille recomposée	<input type="checkbox"/> Garde partagée <input type="checkbox"/> Famille d'accueil <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :	<input type="checkbox"/> (moins de 20,000 \$) <input type="checkbox"/> (20,000-39,999 \$) <input type="checkbox"/> (40,000-59,999 \$) <input type="checkbox"/> (60,000-79,999 \$)
Informations supplémentaires pertinentes sur la situation familiale :		

Le jeune présente-il :	Besoins de l'enfant :
<input type="checkbox"/> Trouble du comportement <input type="checkbox"/> Hyperactivité <input type="checkbox"/> Trouble déficitaire de l'attention <input type="checkbox"/> Trouble d'opposition <input type="checkbox"/> Trouble d'apprentissage <input type="checkbox"/> Trouble de l'attachement <input type="checkbox"/> Autre précisez :	<input type="checkbox"/> Sortir du milieu familial <input type="checkbox"/> Développer un réseau social <input type="checkbox"/> Développer l'estime de soi <input type="checkbox"/> Avoir accès à des activités enrichissantes <input type="checkbox"/> Vivre une expérience de groupe positive <input type="checkbox"/> Briser l'isolement <input type="checkbox"/> Autre précisez :

J'autorise l'intervenantE à transmettre cette fiche d'inscription, la fiche d'identification ainsi que la fiche santé aux personnes concernées.

Signature des parents ou substituts :

Nom : _____ Signature : _____ Date : _____
Lettres moulées jour mois année

Contribution obligatoire des parents : **Minimum : 10,00\$, maximum 30.00\$**

Montant qui sera remis par les parents lors du séjour : _____ \$

SVP VÉRIFIEZ QUE VOUS AVEZ REMPLI TOUTES LES SECTIONS

FICHE D'IDENTIFICATION

Nom de l'enfant: _____ Prénom: _____

Date de naissance : _____ / _____ / _____ Âge au 30 juin: _____ Sexe : ☐ F ☐ M
ANNÉE MOIS JOUR

No d'assurance maladie: _____ Date d'expiration: _____ **(OBLIGATOIRE)**

☐ **Adresse de correspondance pour l'inscription**

PARENT 1 ☐ Madame, ☐ Monsieur, **Lien :** ☐ Mère; ☐ Père ☐ Autre (détaillez svp) _____

Nom : _____ Prénom : _____

Tél. rés. : _____ Tél. bur. : _____ Tél. cell. : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code Postal : _____

☐ **Adresse de correspondance pour l'inscription**

PARENT 2 ☐ Madame, ☐ Monsieur, **Lien :** ☐ Mère; ☐ Père ☐ Autre (détaillez svp) _____

Nom : _____ Prénom : _____

Tél. rés. : _____ Tél. bur. : _____ Tél. cell. : _____

☐ cochez si l'adresse est identique au parent 1

Adresse : _____

Ville : _____ Code Postal : _____



Autre numéro d'urgence.... (OBLIGATOIRE) :

Nom : _____ Lien : _____ Tél. : _____

***Informations :** l'adresse courriel est utilisée par défaut pour toutes les correspondances et pour vous informer de nos services, il est de votre responsabilité de nous informer de vos changements de coordonnées (adresse, courriel, téléphone, etc.). Des photos ou documents vidéo réalisés sur le site dans lesquels se trouvent vos enfants peuvent être utilisés à des fins éducatives et promotionnelles.



Avez-vous complété tous les champs ?

Centre du Lac Pouce, 6939, Boul. Talbot, Laterrière G7N 1W2, Tél. (418) 678-2455 ; Fax (418) 678-1595
Site Web : www.lacpouce.com Courriel : info@lacpouce.com



FICHE SANTÉ

Antécédents médicaux :

- ☐ aucun antécédent important; ☐ interventions chirurgicales; ☐ maladies chroniques ou contagieuses;
☐ blessures graves; ☐ restrictions physiques; ☐ : autres; DÉTAILLEZ :



Allergies diagnostiquées (pour les intolérances utilisez la dernière section):

- ☐ aucune allergie; ☐ aliments; ☐ médicaments; ☐ autres; DÉTAILLEZ :

Si oui, votre enfant a un dispositif (Épipen, Ana-Kit) ☐ NON; ☐ OUI; et si oui, qui est autorisé à conserver ce médicament : ☐ Enfant lui-même; ☐ MoniE

Médicaments : *Les médicaments devront être identifiés au nom de l'enfant, dans un sac de type ZIPLOC ou une dosette et remis au responsable au début du camp

Votre enfant prend-il des médicaments? ☐ NON; ☐ OUI; si oui, les prend-il lui-même? ☐ NON; ☐ OUI



Baignade (pour la plage seulement, car en embarcation tout le monde porte un VFI) :

Si vous désirez que votre jeune porte une aide à la flottaison pour la baignade, vous devrez la fournir et aviser son animateur lors de l'accueil.

Autres éléments à signaler :

- ☐ aucun; ☐ somnambulisme; ☐ énurésie (mouiller son lit); ☐ problème de comportement;
☐ attitude ou antécédent de violence; ☐ menstruation; ; ☐ intolérances ou autre;

DÉTAILLEZ :



AUTORISATION MÉDICAMENTS SANS ORDONNANCE : J'autorise la direction du Lac Pouce à administrer si nécessaire des médicaments sans ordonnance (ex : Tylenol, Motrin, Advil, Bénédryl, Gravol, Polysporin, etc.).

Signature du parent/tuteur : _____ Date : _____
☐ inscrire OUI dans cette case remplace la signature électronique

AUTORISATION SOINS MÉDICAUX ET SITUATION D'URGENCE : À ma connaissance, les renseignements donnés sur cette fiche santé sont exacts et c'est mon devoir de communiquer au Lac Pouce toute nouvelle information médicale entre le moment où je remplis ce formulaire et la date d'arrivée au camp. J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités du camp. J'autorise le personnel du camp à administrer les médicaments mentionnés. J'autorise aussi la direction du camp à prendre toute décision qui s'impose en cas d'urgence et si on n'arrivait pas à me joindre, j'autorise le médecin choisi par la direction du camp à lui assurer des soins adéquats, ou au besoin, à faire hospitaliser mon enfant, à prescrire des injections, une anesthésie ou une intervention chirurgicale.

Signature du parent/tuteur : _____ Date : _____
☐ inscrire OUI dans cette case remplace la signature électronique



Avez-vous complété tous les champs ?

Centre du Lac Pouce, 6939, Boul. Talbot, Laterrière G7N 1W2, Tél. (418) 678-2455 ; Fax (418) 678-1595

Site Web : www.lacpouce.com

Courriel : info@lacpouce.com



Prière de remettre cette feuille aux parents ou substituts



Camp Halte plein air **Avis de participation au camp**



ANNÉE 2025-2026

#1: 19-20-21 septembre 2025
#2: 03-04-05 octobre 2025
#3: 17-18-19 octobre 2025
#4: 31 oct. 1-2 novembre 2025
#5: 14-15-16 novembre 2025

#6: 28-29-30 novembre 2025
#7: 12-13-14 décembre 2025
#8: 16-17-18 janvier 2026
#9: 30-31 jan. 1 février 2026
#10: 13-14-15 février 2026

#11: 13-14-15 mars 2026
#12: 27-28-29 mars 2026
#13: 10-11-12 avril 2026
#14: 24-25-26 avril 2026
#15: 08-09-10 mai 2026

Il nous fait plaisir de vous confirmer que votre enfant : _____
a été accepté pour participer au Camp Halte Plein Air pour le séjour ci-haut mentionné.

VOICI LES INFORMATIONS DONT VOUS AVEZ BESOIN

- ✓ **ENTRÉE AU CAMP** : LE VENDREDI ENTRE 18H ET 19H (VOTRE ENFANT DOIT AVOIR SOUPÉ)
- ✓ **SORTIE DU CAMP** : LE DIMANCHE ENTRE 15H ET 16H
- ✓ **ENDROIT** : CENTRE DU LAC POUCE CHALET PAVILLON GÉRALD-LINTEAU (LA 3^{ÈME} BÂTISSE)
- ✓ **ADRESSE** : 6939 BOULEVARD TALBOT, LATERRIÈRE, G7N 1W2
- ✓ **MÉDICAMENTS** : Si votre enfant prend des médicaments, prenez soin de les mettre dans un sac de type Ziploc, de l'identifier avec la posologie et de l'insérer dans le sac de votre enfant.
- ✓ **COMMUNICATIONS** : Vous ne pourrez pas discuter avec votre enfant durant le séjour, vous pourrez par contre prendre de ses nouvelles en téléphonant à l'animateur le samedi ou le dimanche matin entre 8h00 et 9h00 au 418-678-2455 poste 111.
- ✓ **CONTRIBUTION OBLIGATOIRE** : N'oubliez pas de donner à votre enfant la contribution (10\$ à 30\$) qu'il remettra sur place au moniteur responsable.
- ✓ **LISTE DU MATÉRIEL À APPORTER** (en plus des vêtements que votre enfant porte sur lui)

HIVER ET TEMPS FROID : 1 habit de neige 1 foulard ou 1 cache-cou 4 paires de mitaines ou gants 1 paire de bottes chaudes PRINTEMPS ET AUTOMNE 1 manteau 1 paire de mitaines ou gants	EN TOUT TEMPS : 2 pantalons 2 t-shirts 1 chandail chaud 4 paires de bas 1 paire de bas de laine 1 pyjama 3 sous-vêtements	EN TOUT TEMPS : 1 serviette de bain 2 débarbouillettes et 1 savon 1 brosse à dent avec dentifrice 1 paire d'espadrilles 1 paire de pantoufles 1 sac de couchage 1 taie d'oreiller
---	---	---

N.B. Si votre jeune, pour un problème de santé ou autre, ne peut se présenter au camp, veuillez SVP nous en aviser le plus rapidement possible afin qu'un autre jeune puisse bénéficier de ce camp.

Il est interdit d'apporter des objets de valeur, des bijoux, des appareils ou jeux électroniques.
Votre enfant peut toutefois apporter un jeu de société, un livre ou un toutou.

NOTEZ QU'IL N'Y A PAS DE TRANSPORT ORGANISÉ POUR ALLER RECONDUIRE OU ALLER CHERCHER VOTRE JEUNE

svp pas de téléphone, tablette ou autre électronique