

## Formulaire d'inscription

### Information sur le participant

Nom : _____ Prénom: _____
Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : ____ / ____ / ____ Âge : _____
Année scolaire terminée: _____
Assurance maladie (obligatoire) : _____ Expiration : _____
<b>Renseignements médicaux</b> Plus vos indications sont claires, mieux nous connaissons l'apprenant et pourrons l'aider en cas d'urgences. Merci ! Maladie connue/problème particulier (allergies, asthme, problème comportementaux, etc.) : _____ _____ _____
Prise de médicament : _____

### Coordonnées

Parents: _____
Téléphone: _____ Cellulaire : _____
Courriel : _____
Adresse de résidence : _____
Ville : _____ Code Postal : _____
Personnes à joindre en cas d'urgence : _____
Nom #1: _____ Cellulaire : _____
Nom #2: _____ Cellulaire : _____
Signature d'un parent : _____ (Autorisation d'agir en cas d'urgence)

## Camps de jour

**Semaine(s) désirée(s)<sup>1</sup> :**

25-29 juin , 2-6 juillet , 9-13 juillet , 16-20 juillet , 23-27 juillet ,  
30-3 août , 6-10 août , 13-17 août , 20-24 août

Choix #1 Semaine : \_\_\_\_\_

Choix #2 Semaine : \_\_\_\_\_

Choix #3 Semaine : \_\_\_\_\_

Nombre de semaines souhaités : 1  2  3  4  5

**Service de garde<sup>2</sup>**

**Matin** [8h00 à 9h00] Oui  Non

**Fin de journée** [16h00 à 17h30] Oui  Non

**Taille de chandail** : Enfant S  M  L  ou Adulte S  M  L

## Besoins éducatifs

**Quels sont les éléments scolaires à consolider ou améliorer durant le camp?**

- Français : Vitesse de lecture
- Français : Compréhension de lecture
- Français : Orthographe
- Français : Grammaire
- Mathématique : Logique
- Mathématique : Résolution problème
- Mathématique : Calculs et opérations
- Fonctions exécutives : attention
- Fonctions exécutives : mémoire
- Fonctions exécutives : gestion de l'impulsivité
- Fonctions exécutives : flexibilité cognitive (s'adapter à un changement de demande, de priorité ou de perspective)
- Fonctions exécutives : planification/organisation

<sup>1</sup> Rabais de 50\$ pour l'inscription à plus d'une semaine ou pour plusieurs enfants d'une même famille.

<sup>2</sup> 10\$/jour

- Confiance et sentiment de compétence
- Gestion de l'anxiété
- Autre(s) : \_\_\_\_\_

## Autorisation et dégagelements

### Reconnaissance des risques:

À titre de parent ou tuteur, j'autorise la direction de l'AtouT à prodiguer les soins infirmiers qui pourraient être requis, et si la direction le juge nécessaire, je l'autorise également à transporter par ambulance ou autrement dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire.

J'accepte: \_\_\_\_\_ Je refuse: \_\_\_\_\_

**Photos:** Étant donné que l'AtouT ou ses mandataires pourraient prendre des photos ou filmer diverses activités en général et du participant en particulier, et qu'ils pourraient se servir de ce matériel à des fins promotionnelles, je les autorise à utiliser ce matériel à ces fins.

J'accepte: \_\_\_\_\_ Je refuse: \_\_\_\_\_

Date (JJ/MM/AAAA) \_\_\_\_\_

Signature du tuteur ou parent de l'enfant : \_\_\_\_\_

Merci de bien envoyer le formulaire d'inscription à l'adresse suivante :  
[aurelie.tremblay@l-atout.com](mailto:aurelie.tremblay@l-atout.com)

Un paiement de 50% sera exigé pour confirmer l'inscription de l'apprenant et le second pourra être fait en date de la première journée de camp.