

Camp d'été FRANCOPHONE Summer Camp



L'Association des francophones de Nanaimo



À VOTRE SERVICE DEPUIS 1978 - SERVING YOU SINCE 1978

(CHILD'S INFORMATION)

Nom (Last name): _____

Prénom (First name): _____

Sexe / Gender: M F

Date de naissance (date of birth): _____

Semaine du /		L-M	M-T	M-W	J-T	V-F		L-M	M-T	M-W	J-T	V-F
Weeks of:	Jul 02 - 05 juil	●	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jul 29 - 02 août	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Jul 08 - 12 juil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aug 06 - 09 août	●	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Jul 15 - 19 juil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aug 12 - 16 août	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Jul 22 - 26 juil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aug 19 - 23 août	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Parent/tuteur (parent/guardian): _____

Adresse (address): _____ CP/PC: _____

Téléphone (phone):
domicile (home) _____ Travail/(work) _____ Cel _____

Parent/tuteur (parent/guardian): _____

Adresse (address if different from above): _____

Téléphone (phone):
domicile (home) _____ Travail/(work) _____ Cel _____

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

Nom et no. de tél. du médecin de famille (name and number 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): _____

Camp d'été FRANCOPHONE Summer Camp



L'Association des
francophones de Nanaimo



À VOTRE SERVICE DEPUIS 1978 - SERVING YOU SINCE 1978

Mon enfant a des allergies (**my child has allergies**): **NONE**

Arachides et noix (peanuts) <input type="checkbox"/>	produits laitiers (dairy products) <input type="checkbox"/>
Piqûres d'abeille (bee stings) <input type="checkbox"/>	pollen (pollen) <input type="checkbox"/>

Autres (**others**): _____

Mon enfant prend des médicaments (**my child takes medication**): **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#**): (250) _____

Nom (**name**): _____ tél. (**phone#**): (250) _____

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

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 votre enfant a-t-il été vacciné ? (**If no, which date your child has been immunised?**)

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

Mon enfant peut quitter le camp seul après 16h00 (**my child can leave the camp alone after 4pm**)
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 autres que les parents/tuteurs mentionnés ci-dessus autorisés à venir chercher l'enfant (**people other than above mentioned parents/guardians authorized to pick up the child**):

1. Nom (**name**): _____

Relation: _____ Téléphone (**Phone**): _____

2. Nom (**name**): _____

Relation: _____ Téléphone (**Phone**): _____

3. Nom (**name**): _____

Relation: _____ Téléphone (**Phone**): _____

Camp d'été FRANCOPHONE Summer Camp



L'Association des francophones de Nanaimo



À VOTRE SERVICE DEPUIS 1978 - SERVING YOU SINCE 1978

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

Oui (Yes):

Non (No):

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 only?**

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 remainder of the session that he/she is registered for. If you child feels ill or is sick, please do not send him to the camp until he/she 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 : _____

02/05/2019