

Caractère d'imprimerie

Camp Familial : du vendredi 17 au dimanche 19 août 2018

ENFANT DIABÉTIQUE

Prénom :	Nom :
Adresse :	
Ville :	arrondissement: Code postal :
Tél. :	Sexe : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
Taille :	Poids : Date de naissance :
Degré scolaire actuel :	Âge à l'arrivée au camp :
Nombre de frère(s) et sœurs(s) :	<input type="checkbox"/> Nouveau campeur <input type="checkbox"/> Ancien campeur

ADULTES - PRÉSENT(S) LORS DU SÉJOUR

<input type="checkbox"/> PÈRE <input type="checkbox"/> CONJOINT <input type="checkbox"/> AUTRE _____	<input type="checkbox"/> MÈRE <input type="checkbox"/> CONJOINTE <input type="checkbox"/> AUTRE _____
Nom :	Nom :
Adresse :	Adresse :
Ville : Code postal :	Ville : Code postal :
Courriel :	Courriel :
Tél. rés. : Tél. bur. :	Tél. rés. : Tél. bur. :
Cell. : Téléc. :	Cell. : Téléc. :
Occupation :	Occupation :
Employeur :	Employeur :

FRÈRE(S) - PRÉSENT(S) LORS DU SÉJOUR

SOEUR(S) - PRÉSENTE(S) LORS DU SÉJOUR

Prénom :	Âge :	Prénom :	Âge :
Prénom :	Âge :	Prénom :	Âge :
Prénom :	Âge :	Prénom :	Âge :

Inscriptions à partir du 1 ^{er} mars 2018 et jusqu'à la limite des places disponibles	Valeur estimée du séjour	Contribution demandée aux parents	Total	Réservé à l'administration
Adultes	240 \$	115 \$ x ____		
Enfant(s) de 5 à 14 ans	160 \$	80 \$ x ____		
Enfant(s) de 0 à 4 ans	70 \$	0 x ____		
1 ^{er} chèque daté de la demande d'inscription		50%		
2 ^e chèque postdaté au 8 juillet 2018		50%		
Frais d'inscriptions et taxes incluses La collaboration de plusieurs partenaires financiers permet de réduire les montants de la contribution demandée aux parents. Merci à nos généreux partenaires!			Montant joint	

DON au Camp pour enfants diabétiques de l'Est du Québec

La contribution demandée ne représente qu'une portion du coût réel du séjour de votre famille. Votre don contribuera à maintenir des tarifs abordables pour tous et à soutenir la mission du CEDEQ.

Je désire faire un don au montant de : _____ \$ **Merci à vous!**
S.V.P. faire un chèque spécifique pour votre don.
Un reçu aux fins d'impôt sera émis pour tout don.

Signature : _____

Date _____

AUTORISATION DES PARENTS 2018
Camp pour enfants diabétiques de l'Est du Québec (CEDEQ)

Caractère d'imprimerie

Prénom de l'enfant :	Nom :
----------------------	-------

Veillez lire et signer l'autorisation.

1. Je, soussigné(e), reconnais avoir pris connaissance des conditions d'admission et des règlements financiers du Camp, et m'engage à les respecter; les frais de séjour seront payés à temps. Je reconnais aussi avoir pris connaissance de la politique de remboursement du Camp.
2. À moins d'avis contraire écrit, je, soussigné(e), consens à ce que le CEDEQ, les Camps Odyssée, l'Association des camps du Québec ou ses mandataires, prennent des photographies ou enregistrent des films sur lesquels mon enfant pourrait figurer. À moins d'avis contraire écrit, je les autorise à utiliser son image, son nom et/ou son prénom, sa ressemblance et/ou sa voix à des fins publicitaires et promotionnelles, dans des médias, incluant, sans s'y limiter, les revues, brochures, journaux, télévision, site web, médias sociaux (notamment sur la page Facebook du CEDEQ par l'identification de mon enfant et/ou la publication de photos et/ou de vidéos sur lesquelles est présent mon enfant) et internet. Les photographies et/ou films enregistrés par le CEDEQ, les Camps Odyssée, l'Association des camps du Québec ou ses mandataires, demeureront propriété du CEDEQ, et des Camps Odyssée.

POSSIBILITÉ DE REFUS : Le cas échéant, votre enfant sera également exclus de la photo souvenir annuelle.

Je refuse que le CEDEQ, les Camps Odyssée, l'Association des camps du Québec ou ses mandataires, prennent des photographies ou enregistrent des films sur lesquels mon enfant pourrait figurer.

Je refuse que le CEDEQ, les Camps Odyssée, l'Association des camps du Québec ou ses mandataires, utilisent l'image, le nom et/ou le prénom, la ressemblance et/ou la voix de mon enfant à des fins publicitaires et promotionnelles, dans les médias, incluant, sans s'y limiter les revues, brochures, journaux, télévision, site web, médias sociaux (notamment sur la page Facebook du CEDEQ par l'identification de mon enfant et/ou la publication de photos et/ou de vidéos sur lesquelles est présent mon enfant) et internet.

3. Je, soussigné(e), reconnais que le CEDEQ, les Camps Odyssée, l'Association des camps du Québec ou leurs mandataires ne pourront en aucun cas être tenus responsables des contenus, commentaires ou informations publiés sur la page Facebook du CEDEQ par des tiers qui pourraient être jugés offensants, inappropriés, obscènes, illicites ou autrement choquants à l'égard de mon enfant. Je reconnais que le CEDEQ, les Camps Odyssée, l'Association des camps du Québec ou leurs mandataires ne peuvent en aucun cas être tenus responsables de la conduite, en ligne ou hors ligne, des personnes utilisant ou n'utilisant pas Facebook.
4. J'autorise la divulgation des renseignements contenus sur les formulaires d'inscription au personnel du CEDEQ, aux parents accompagnateurs ainsi qu'aux responsables des soins de santé du CEDEQ.
5. J'autorise les parents accompagnateurs, à faire, au besoin, une glycémie à mon enfant et à prodiguer les soins reliés au traitement de l'hypoglycémie et/ou d'assurer le suivi auprès des parents.
6. Je, soussigné(e), à titre de participant(e) au Camp Familial, consens à ce que mes coordonnées soient inscrites sur une liste qui pourrait être remise aux parents présents.
7. Suite à l'adoption de la Loi canadienne anti-pourriel, j'autorise le CEDEQ à me transmettre, par courriel, des informations sur ses camps et activités.

En foi de quoi, j'ai signé le : _____
Date

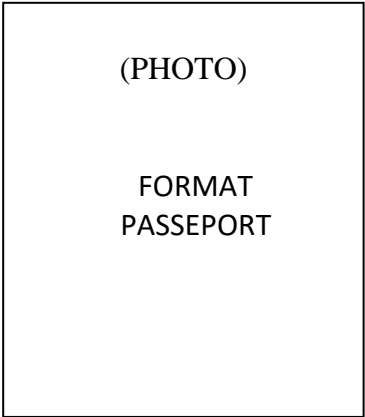
Signature du parent ou du titulaire de l'autorité parentale

Camp pour enfants diabétiques de l'Est du Québec
4500, boul. Henri-Bourassa, bureau 220
Québec (QC) G1H 3A5
Téléphone : 418-523-6159 Télécopieur : 418-529-1155
Courriel : info@cedeq.org www.cedeq.org



MOI ET MON HYPO...

Nom de l'enfant : _____
Âge de l'enfant : _____
Date du diagnostic : _____
Nom des parents : _____



Symptômes d'hypoglycémie (cocher les cases appropriées)

	Transpiration	Tremblements	Faim	Pâleur	Mal de tête	Nausées	Convulsions	Agressivité	Inconscience
Jamais									
Rarement									
1-3 fois/mois									
1-3 fois/sem.									
1-3 fois/jour									

1. Votre enfant sent-il venir ses hypoglycémies? Oui / Non

2. Comment traitez-vous ses hypoglycémies? : _____

3. Site des glycémies : Doigt Oui / Non Bras Oui / Non

4. Collation supplémentaire nécessaire lors d'activités intenses? Oui / Non

5. Traitement :

<input type="checkbox"/> Pompe à insuline	<input type="checkbox"/> Injections multiples
Taux basal temporaire avant les activités physiques? Oui / Non Autres informations :	Autres informations :

Utilisation d'un système de surveillance du glucose en continue (SGC) relié à la pompe à insuline? Oui / Non

Si oui : Calibration requise à quel moment ? _____

Autres renseignements pertinents et/ou autres antécédents médicaux :

Date : _____

Signature : _____

**INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES
CAMP FAMILIAL**

ALLERGIES ALIMENTAIRES ET/OU INTOLÉRANCES

À compléter SEULEMENT pour les membres de votre famille qui ont des allergies alimentaires et/ou des intolérances.

Caractère d'imprimerie

Prénom :	Nom :
No de téléphone :	Âge lors du séjour familial:

ALLERGIES ALIMENTAIRES

Types de réactions :
Informations pertinentes pour notre nutritionniste :

INTOLÉRANCES ALIMENTAIRES

Types de réactions :
Informations pertinentes pour notre nutritionniste :

AUTRES ALLERGIES CONNUES

Personne à contacter pour informations supplémentaires :

Prénom et nom :	No de téléphone :
-----------------	-------------------