

Caractère d'imprimerie

Camp Familial : du vendredi 23 au dimanche 25 août 2019

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 2019 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 7 juillet 2019		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	

VOTRE 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 2019
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
220-4500, boul. Henri-Bourassa
Québec (QC) G1H 3A5
Téléphone : 418-523-6159 Télécopieur : 418-529-1155
Courriel : info@cedeq.org www.cedeq.org



MOI ET MON HYPO - INJECTIONS

(PHOTO)

FORMAT
PASSEPORT

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

Signes et symptômes d'hypoglycémie (cocher les cases appropriées)

	Transpiration	Tremblements	Faim	Pâleur	Mal de tête	Nausées	Agressivité	Convulsions	Inconscience	Autre
Jamais										
Rarement										
Souvent										
Toujours.										

Mon enfant peut sentir ses hypoglycémies :

NON OUI Si oui, il l'exprime : _____

Lors des activités avec les enfants, nos parents accompagnateurs traitent les hypoglycémies avec des comprimés de glucose Dex4 ou des jus de fruits selon le protocole des Lignes directrices 2018 de l'Association canadienne du diabète:

- ENFANT DE MOINS DE 5 ANS : 5 grammes de glucides, soit 1 comprimé de Dex4 ou 40 ml de jus de fruits.
- ENFANT DE 5 À 10 ANS: 10 grammes de glucides, soit 2 à 3 comprimés de Dex4 ou 85 ml de jus de fruits.

Une collation avec protéines (barre tendre ou Glucerna) sera donnée une fois la glycémie plus grande que 4 et si le prochain repas est à plus d'une heure.

Vos recommandations : Dex4 NON OUI, quantité _____ / Jus de fruits NON OUI, quantité _____

Autre: _____

Mon enfant utilisera, lors du Camp Familial, un système de glucose en continu(SGC) :

NON OUI Si oui, lequel Enlite DexCom Freestyle LIBRE

Alarmes hypo ? _____ Alarmes hyper ? _____

Veillez prendre note que des glycémies sanguines sont prévues au protocole des parents accompagnateurs qui souhaitent valider, au besoin, l'état d'un enfant.

Autres informations pertinentes pour les parents accompagnateurs :

Autres antécédents médicaux :

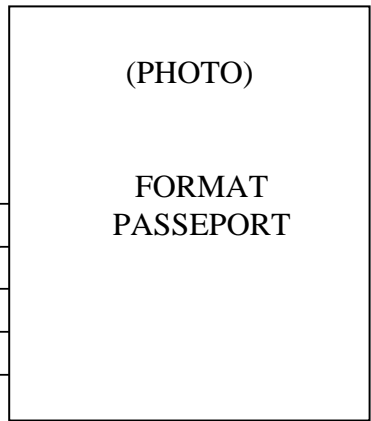
Informations pertinentes concernant un autre enfant de la famille : Nom _____

Signature : _____ Date _____



CEDEQ

MOI ET MON HYPO - POMPE



Nom de l'enfant : _____

Âge de l'enfant : _____

Date du diagnostic : _____

Nom des parents : _____

Pompe : Medtronic Omnipod Animas

Signes et symptômes d'hypoglycémie (cocher les cases appropriées)

	Transpiration	Tremblements	Faim	Pâleur	Mal de tête	Nausées	Agressivité	Convulsions	Inconscience	Autre
Jamais										
Rarement										
Souvent										
Toujours										

Mon enfant peut sentir ses hypoglycémies :

NON OUI Si oui, il l'exprime : _____

Lors des activités avec les enfants, nos parents accompagnateurs traitent les hypoglycémies avec des comprimés de glucose Dex4 ou des jus de fruits selon le protocole des Lignes directrices 2018 de l'Association canadienne du diabète:

- ENFANT DE MOINS DE 5 ANS : 5 grammes de glucides, soit 1 comprimé de Dex4 ou 40 ml de jus de fruits.
- ENFANT DE 5 À 10 ANS: 10 grammes de glucides, soit 2 à 3 comprimés de Dex4 ou 85 ml de jus de fruits.

Une collation avec protéines (barre tendre ou Glucerna) sera donnée une fois la glycémie plus grande que 4 et si le prochain repas est à plus d'une heure.

Vos recommandations : Dex4 NON OUI, quantité _____ / Jus de fruits NON OUI, quantité _____

Autre: _____

Mon enfant utilisera, lors du Camp Familial, un système de glucose en continu(SGC) :

NON OUI Si oui, lequel Enlite DexCom Freestyle LIBRE

Alarmes hypo ? _____ Alarmes hyper ? _____

Veillez prendre note que des glycémies sanguines sont prévues au protocole des parents accompagnateurs qui souhaitent valider, au besoin, l'état d'un enfant.

J'autorise les parents accompagnateurs à débrancher la pompe à insuline de mon enfant dans les situations suivantes :

- OUI NON Lors des promenades en embarcations sur le lac Trois-Saumons.
- OUI NON Lors des baignades.
- OUI NON Quand les parents accompagnateurs le juge pertinent.

Autres informations pertinentes pour les parents accompagnateurs :

Autres antécédents médicaux : _____

Informations pertinentes concernant un autre enfant de la famille : Nom _____

Signature : _____ Date _____

**INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES
CAMP FAMILIAL 2019**

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 :
-----------------	-------------------