

**Caractère d'imprimerie**

<b>Cochez la session demandée</b>		<b>INSCRIPTIONS À PARTIR</b>
<input type="checkbox"/> Camp Jeunesse : du <b>DIMANCHE</b> 24 juin au <b>VENDREDI</b> 6 juillet 2018 – <b>9 À 15 ANS</b>		<i>Du 1<sup>er</sup> février 2018, jusqu'à la limite des places disponibles.</i>
<input type="checkbox"/> Camp Jeunesse : du <b>DIMANCHE</b> 1 <sup>er</sup> juillet au <b>VENDREDI</b> 6 juillet 2018 – <b>9 ANS / 1ER SÉJOUR</b>		
<b>ENFANT</b>		
Prénom :		Nom :
Adresse :		
Ville :	Arrondissement :	Code postal :
Tél. :	Sexe : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	
Date de naissance :	Âge à l'arrivée au camp :	
Nombre de frère(s) et sœurs(s) inscrits au CTS :		<input type="checkbox"/> Nouveau campeur <input type="checkbox"/> Ancien campeur
DIABÈTE : <input type="checkbox"/> Type I <input type="checkbox"/> Type II <input type="checkbox"/> autre forme de diabète _____ TRAITÉ À L'INSULINE: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
<b>PARENTS / TUTEURS LÉGAUX</b>		
<input type="checkbox"/> PÈRE <input type="checkbox"/> CONJOINT <input type="checkbox"/> TUTEUR LÉGAL		<input type="checkbox"/> MÈRE <input type="checkbox"/> CONJOINTE <input type="checkbox"/> TUTRICE LÉGALE
Nom :		Nom :
Adresse :		Adresse :
Ville :	Code postal :	Ville : Code postal :
Courriel :		Courriel :
Tél. rés :	Tél. bur. :	Tél. rés. : Tél. bur. :
Cell. :	Télec. :	Cell. : Téléc. :
Occupation :		Occupation :
Employeur :		Employeur :
No assurance sociale: _____%		No assurance sociale : _____%
<b>SI APPLICABLE : Essentiel pour émettre le Relevé 24 – Frais de garde aux fins de l'impôt</b>		
<b>ACCOMPAGNATEUR</b>		
La situation de votre enfant nécessite-t-elle la présence d'un accompagnateur? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
Si oui, précisez _____		
Des frais supplémentaires vous seront facturés si le camp fournit l'accompagnateur.		
<b>PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE</b>		
Indiquez le nom de deux personnes ( <b>autres que vous et votre conjoint</b> ) que nous pourrions contacter en cas d'urgence si nous sommes dans l'impossibilité de vous joindre. Ces personnes pourraient être appelées à prendre des décisions concernant le bien-être de votre enfant ou pourraient devoir autoriser des soins qui seraient requis par son état de santé.		
Nom :		Nom :
Téléphone :		Téléphone :
Lien avec l'enfant : <input type="checkbox"/> parent <input type="checkbox"/> ami <input type="checkbox"/> autre :		Lien avec l'enfant : <input type="checkbox"/> parent <input type="checkbox"/> ami <input type="checkbox"/> autre :

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 chacune des clauses 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. Je, soussigné(e), déclare être titulaire de l'autorité parentale de l'enfant ci-haut mentionné. Je demande à la direction du camp, ou à toute autre personne désignée par elle, si elle le juge nécessaire, de me joindre au numéro de téléphone indiqué ci-après \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ advenant que l'enfant soit blessé ou malade et que cela nécessite l'intervention du médecin.
5. J'autorise la direction du Camp, si cela est jugé nécessaire, à confier l'enfant sans délai à un médecin, un CLSC ou un hôpital de son choix et à signer tous les documents requis par les autorités médicales pour que l'enfant soit l'objet des soins nécessaires à son état. Les frais de transport au CLSC, à l'hôpital ou à domicile, incluant un éventuel transport ambulancier, seront à ma charge. J'autorise le médecin, le CLSC ou l'hôpital, à prodiguer à l'enfant les soins requis, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'examens, de prélèvements, de traitements ou de toute autre intervention. et je m'engage à entrer en communication sans délai avec les autorités médicales à qui sera confié l'enfant, sur demande verbale de la direction du camp ou d'une personne désignée par elle. Ainsi, j'autorise la divulgation des renseignements contenus sur le formulaire d'inscription aux responsables des soins de santé du CEDEQ, au médecin, au CLSC ou à l'hôpital s'occupant de l'enfant, le cas échéant.
6. J'autorise le personnel du Camp à administrer à mon enfant, en cas de besoin, un ou plusieurs médicaments prescrits et/ou en vente libre. J'autorise le personnel du Camp à acheter, en cas de besoin, les médicaments, le matériel médical requis et nécessaire au traitement de mon enfant. Ces achats seront à ma charge.
7. Je m'engage à laisser à la maison tous les appareils électroniques de mon enfant qui permettent la communication avec l'extérieur. Les téléphones cellulaires, tablettes, portables, etc... sont interdits. Seuls les appareils photos sont autorisés.
8. J'autorise le CEDEQ à transmettre au médecin traitant de mon enfant les documents relatifs à son passage au Camp Jeunesse, soit la feuille de suivi des traitements et le rapport de camp.
9. J'autorise par la présente le CEDEQ à publier le témoignage de mon enfant.
10. 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 \_\_\_\_\_ Signature du (de la) campeur (se) si 14 ans et plus \_\_\_\_\_



# SÉLECTION DU SÉJOUR

Caractère d'imprimerie

<b>CAMP JEUNESSE : Dimanche 24 juin au vendredi 6 juillet 2018 (9 à 15 ans)</b>			
Prénom :		Nom :	
Inscriptions: À partir du 1 <sup>er</sup> février 2018, jusqu'à la limite des places disponibles.	<b>Contribution demandée aux parents*</b>	<b>Total</b>	<b>Réservé à l'administration</b>
<b>Faire les chèques à l'ordre du CEDEQ :</b>	<b>795 \$</b>		
<b>1<sup>er</sup> chèque daté de la demande d'inscription</b>	460 \$		
<b>2<sup>e</sup> chèque postdaté au 20 mai 2018</b>	335 \$		
Frais d'inscription et taxes inclus	<b>Montant joint</b>		
<b>*La valeur estimée de ce séjour est de 3 270\$. Merci à nos généreux partenaires!</b>			

## OU POUR UN PREMIER SÉJOUR SEULEMENT :

<b>CAMP JEUNESSE : Dimanche 1<sup>er</sup> juillet au vendredi 6 juillet 2018 (9 ans / 1<sup>er</sup> séjour)</b>			
Prénom :		Nom :	
Inscriptions: À partir du 1 <sup>er</sup> février 2018, jusqu'à la limite des places disponibles.	<b>Contribution demandée aux parents*</b>	<b>Total</b>	<b>Réservé à l'administration</b>
<b>Faire les chèques à l'ordre du CEDEQ :</b>	<b>475 \$</b>		
<b>1<sup>er</sup> chèque daté de la demande d'inscription</b>	295 \$		
<b>2<sup>e</sup> chèque postdaté au 20 mai 2018</b>	180 \$		
Frais d'inscription et taxes inclus	<b>Montant joint</b>		
<b>*La valeur estimée de ce séjour est de 1 500\$. Merci à nos généreux partenaires!</b>			

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

La contribution demandée aux parents n'est qu'une portion du coût réel du séjour de votre enfant. 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 : \_\_\_\_\_

**Camp Jeunesse 2018 : À compléter, le cas échéant**  
**INJECTIONS MULTIPLES - INFORMATIONS SUR LE DIABÈTE**

**Caractère d'imprimerie**

Prénom et nom :	Diabétique depuis l'âge de :
-----------------	------------------------------

**(2 PHOTOS)**

**FORMAT PASSEPORT**

**LECTEUR DE GLYCÉMIE**

Glucomètre modèle : \_\_\_\_\_

Mon enfant fait ses glycémies seul :  Oui  Non

Nombre de glycémies par jour : \_\_\_\_\_

**SYSTÈME DE SURVEILLANCE DU GLUCOSE EN CONTINU**

Mon enfant utilisera un système de surveillance en continu au camp : (SGC :Freestyle libre,  
 Non  Oui Si oui, compléter le formulaire SGC Dexcom ou Enlite)

**INSULINES**

**ELI LILLY :**  Humalog  Humulin R  Humulin N  Basaglar

**Novo NORDISK:**  NovoRapid  NPH  Levemir  Tresiba  Fiasp

**SANOFI:**  Apidra  Lantus  Toujeo

Nous modifierons les doses d'insuline pour l'été :  Oui  Non

**INJECTIONS MULTIPLES :**

Stylos avec cartouches Aiguilles : \_\_\_\_\_ mm

Stylos jetables, si oui, lesquels : \_\_\_\_\_

**NIVEAU D'AUTONOMIE DE L'ENFANT :**

	Cocher les régions utilisées	Peut le faire seul (oui/non)	Peut le faire avec supervision (oui/non)	Fait par les parents (oui/non)
Injection de l'insuline	<input type="checkbox"/> Abdomen			
	<input type="checkbox"/> Bras			
	<input type="checkbox"/> Cuisses			
	<input type="checkbox"/> Fesses			
Préparation des insulines, mon enfant prépare ses stylos:				

**SYMPTOMES**

**HYPOGLYCÉMIE :**  
 Symptômes les plus fréquents : \_\_\_\_\_

Reconnait-il/elle ses symptômes d'hypoglycémies?  Non  Oui Corrections: \_\_\_\_\_

Dernière hypoglycémie sévère (convulsion, perte de consciences)  Jamais  Oui Année : \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_

**HYPERGLYCÉMIE :**  
 Symptômes les plus fréquents : \_\_\_\_\_

**OBJECTIFS À RÉALISER PENDANT LE SÉJOUR EN LIEN AVEC LE DIABÈTE**

\_\_\_\_\_

**MÉDECIN TRAITANT :**

Nom : _____	Téléphone : _____
Adresse : _____	Date dernière visite : _____
Résultat de la dernière hémoglobine glyquée (HbA1c) : _____	Date du résultat : _____

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

**Camp Jeunesse 2018 : À compléter, le cas échéant**  
**POMPE À INSULINE - INFORMATIONS SUR LE DIABÈTE**

**Caractère d'imprimerie**

Prénom et nom :	Diabétique depuis l'âge de :
-----------------	------------------------------

**(2 PHOTOS)**

**FORMAT PASSEPORT**

**LECTEUR DE GLYCÉMIE**

Glucomètre modèle : \_\_\_\_\_

Mon enfant fait ses glycémies seul :  Oui  Non

Nombre de glycémies par jour: \_\_\_\_\_

**SYSTÈME DE SURVEILLANCE DU GLUCOSE EN CONTINU**

Mon enfant utilisera un système de surveillance en continu au camp : (SGC : Freestyle libre, Dexcom ou Enlite)

Non  Oui Si oui, compléter le formulaire SGC.

**INSULINE ET AUTRE MATÉRIEL PERFUSION**

Insuline:  NovoRapid  Humalog  Apidra

Pellicule :  Aucune  IV 3000  Tegaderm  Autre: \_\_\_\_\_

Adhésif :  Aucun  Skin Tac  Skin Prep  Autre: \_\_\_\_\_

Crème anesthésiante pour installer le cathéter :  Aucune  Oui Si oui, précisez:  Emla  Maxilène

Réaction cutanée due à des produits reliés à la perfusion sc :  Non  Oui Si oui, précisez: \_\_\_\_\_

Nous modifierons les doses d'insuline pour l'été :  Oui  Non

**POMPE À INSULINE**

Modèle de pompe : \_\_\_\_\_ Sous pompe depuis : \_\_\_\_\_

Cathéter : Medtronic:  Silhouette  Quick Set  Mio  Mio 30  Sure-T

Animas :  Confort  Inset 30  Inset II  Contact Detach OmniPod:  Pod

**NIVEAU D'AUTONOMIE DE L'ENFANT**

Est autonome pour ses bolus :  Oui  Non Oublie ses bolus  Oui  Non Fréquence : \_\_\_\_\_

	Sites utilisés	Peut le faire seul (oui/non)	Le fait avec supervision (oui/non)	Fait par les parents (oui/non)
Installe son cathéter	<input type="checkbox"/> Abdomen			
	<input type="checkbox"/> Bras			
	<input type="checkbox"/> Cuisses			
	<input type="checkbox"/> Fesses			
Prépare son réservoir				

**SYMPTOMES**

**HYPOGLYCÉMIE :**

Symptômes les plus fréquents : \_\_\_\_\_

Reconnait-il/elle ses symptômes d'hypoglycémies?  Non  Oui Corrections: \_\_\_\_\_

Dernière hypoglycémie sévère (convulsion, perte de conscience)  Jamais  Oui Année : \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_

**HYPERGLYCÉMIE :**

Symptômes les plus fréquents : \_\_\_\_\_

**OBJECTIFS À RÉALISER PENDANT LE SÉJOUR EN LIEN AVEC LE DIABÈTE**

\_\_\_\_\_

**MÉDECIN TRAITANT :**

Nom : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Date dernière visite : \_\_\_\_\_

Résultat de la dernière hémoglobine glyquée (HbA1c) : \_\_\_\_\_ Date du résultat : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

**À COMPLÉTER SEULEMENT SI VOTRE ENFANT UTILISERA UN  
SYSTÈME DE SURVEILLANCE DU GLUCOSE EN CONTINU (SGC)  
PENDANT LE CAMP JEUNESSE 2018**

**Caractère d'imprimerie**

Prénom et nom : \_\_\_\_\_

**MODÈLE DU SYSTÈME DE SURVEILLANCE DU GLUCOSE**

Mon enfant utilise le système:  
 Enlite                       DexCom                       Freestyle LIBRE  
 Date du début de l'utilisation SGC : \_\_\_\_\_

**MATÉRIEL UTILISÉ**

Pellicule :  Aucune                       IV 3000                       Tegaderm                       Autre: \_\_\_\_\_  
 Adhésif :  Aucun                       Skin Tac                       Skin Prep                       Autre: \_\_\_\_\_  
 Crème anesthésiante pour installer le cathéter :  Aucune                       Oui    Si oui, précisez:  Emla     Maxilène

**RÉACTION CUTANÉE**

Réaction cutanée due à des produits reliés  
 à la perfusion sous-cutanée :  
 Non  
 Oui    Si oui, précisez: \_\_\_\_\_

**NIVEAU D'AUTONOMIE DE L'ENFANT**

	Régions utilisées (oui/non)	Peut le faire seul (oui/non)	Le fait avec supervision (oui/non)	Fait par les parents (oui/non)
Installe son capteur	<input type="checkbox"/> Abdomen			
	<input type="checkbox"/> Bras			
	<input type="checkbox"/> Cuisses			
	<input type="checkbox"/> Fesses			
Calibration :				

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

# INFORMATIONS MÉDICALES

## Camp Jeunesse 2018

### Caractère d'imprimerie

Prénom et nom :	Taille :	Poids :
No d'assurance maladie (RAMQ) :	Date d'expiration :	

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX		PRÉCISEZ EN INCLUANT LE NOM DES MÉDICAMENTS / DOSAGE
Asthme	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Épilepsie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Glande thyroïde	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Handicap visuel	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Handicap auditif	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Handicap intellectuel	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Handicap moteur	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Maladie coeliaque	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Hyperactivité / déficit d'attention	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<b>Autre(s) :</b>		

ALLERGIES		PRÉCISEZ QUELLES ALLERGIES :
Médicaments	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Insectes / Animaux	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Pollens /rhume des foins	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Allergie alimentaire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<b>Autre(s) :</b>		

Ces allergies nécessitent-elles l'utilisation de médicaments ?    Oui    Non

Si oui, précisez : \_\_\_\_\_ Dosage : \_\_\_\_\_

Est-ce que votre enfant transporte habituellement sa trousse d'épinéphrine (par ex. : EpiPen, Twinject ou autres)?

Oui    Non      Date d'expiration \_\_\_\_\_

Dernier vaccin tétanos:    À l'âge de     5 ans     15 ans     Autre:

Mon enfant fait du sport:     ≤ 2 fois semaine     3-4 fois semaine     ≥ 5 fois semaine

Prévention d'HYPOS :    Avant et/ou pendant le sport : \_\_\_\_\_

**Si la situation de votre enfant change d'ici l'arrivée au camp, veuillez nous en aviser.**

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

# INFORMATIONS SUR L'ENFANT

## Camp Jeunesse 2018

### Caractère d'imprimerie

Prénom :	Nom :		
Expérience de camp :	<input type="checkbox"/> Camp Familial	<input type="checkbox"/> Camp Jeunesse	<input type="checkbox"/> autre(s) camp(s)
Veut-il/elle aller au camp ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Est-ce son premier séjour en camp de vacances?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Si non, indiquez si l'expérience fut positive ou négative et expliquez au besoin.			
Reconnaît-il/elle ses symptômes d'hypoglycémies ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Si oui, quels sont les deux (2) symptômes les plus fréquents ? _____			
Est-il/elle somnambule ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Mouille-t-il/elle son lit ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Quel est le passe-temps favori de votre enfant ? _____			
Doit-il/elle porter des bouchons pour la baignade ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Doit-il/elle porter un vêtement de flottaison individuel (V.F.I.) ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Quels sont les traits de caractère et le comportement de l'enfant ? _____			
Au cours des 12 derniers mois, l'enfant a-t-il eu à vivre un changement dans la famille? séparation, divorce, naissance, décès d'un parent proche, etc.			
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, lequel : _____			
_____			

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_



**INFORMATIONS SUR LA NUTRITION  
FICHE DU CAMPEUR  
Camp Jeunesse 2018**

**Caractère d'imprimerie**

Nom et prénom :	<input type="checkbox"/> NOUVEAU CAMPEUR	<input type="checkbox"/> ANCIEN CAMPEUR
No de téléphone :	Âge à l'entrée au camp :	
<input type="checkbox"/> INJECTIONS MULTIPLES      ou <input type="checkbox"/> POMPE	À l'usage du personnel lors de l'entrée au camp : HUTTE :	

**INFORMATIONS SUR LA NUTRITION**

**CALCULS DES GLUCIDES :**

Cochez si votre enfant :

- Système échanges (échanges de glucides en portions de 15 grammes).
- Calcul de glucides fixes (échelle d'insuline).
- Calcul avancé des glucides (utilise un ratio et facteurs de corrections).

**NOMBRE DE GLUCIDES CONSOMMÉS :**

Indiquez le nombre approximatif de grammes de glucides que votre enfant mange :

Déjeuner : \_\_\_\_\_

Collation AM : \_\_\_\_\_

Dîner : \_\_\_\_\_

Collation PM : \_\_\_\_\_

Souper : \_\_\_\_\_

Collation au coucher : \_\_\_\_\_

<b>INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES :</b>

<b>OBJECTIF DU SÉJOUR EN LIEN AVEC LA NUTRITION</b>

<b>AVERSIONS ALIMENTAIRES, S'IL Y A LIEU</b>

**MON ENFANT A DES ALLERGIES ALIMENTAIRES ET/OU INTOLÉRANCES :**     NON     OUI

**Si OUI à la dernière question, compléter le formulaire des allergies et/ou intolérances.**

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Réservé à l'usage des nutritionnistes
---------------------------------------

**À COMPLÉTER SEULEMENT SI VOTRE ENFANT A  
DES ALLERGIES ALIMENTAIRES ET/OU INTOLÉRANCES**

**Camp Jeunesse 2018**

POUR LES ENFANTS  
AVEC DES ALLERGIES  
ALIMENTAIRES

**2 PHOTOS  
SUPPLÉMENTAIRES**

FORMAT  
PASSEPORT

**Caractère d'imprimerie**

Nom de l'enfant :	Prénom de l'enfant :
Nom du parent à joindre pour informations supplémentaires:	
Numéro de téléphone :	À l'usage du personnel lors de l'entrée au camp :
	HUTTE :

**ALLERGIES ALIMENTAIRES**

<b>Types de réactions :</b>
<b>Informations pertinentes pour les nutritionnistes :</b>

**INTOLÉRANCES ALIMENTAIRES**

<b>Types de réactions :</b>
<b>Informations pertinentes pour les nutritionnistes :</b>

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Réservé à l'usage des nutritionnistes

--