

Caractère d'imprimerie

Cochez la session demandée		INSCRIPTIONS À PARTIR
<input type="checkbox"/> Camp Jeunesse : du DIMANCHE 23 juin au VENDREDI 5 juillet 2019 – 9 À 15 ANS		<i>Du 1^{er} février 2019, jusqu'à la limite des places disponibles.</i>
<input type="checkbox"/> Camp Jeunesse : du DIMANCHE 30 juin au VENDREDI 5 juillet 2019 – 9 ANS / 1ER SÉJOUR		
ENFANT		
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		
PARENTS / TUTEURS LÉGAUX		
<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 : _____%
SI APPLICABLE : Essentiel pour émettre le Relevé 24 – Frais de garde aux fins de l'impôt		
ACCOMPAGNATEUR		
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.		
PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE		
Indiquez le nom de deux personnes (autres que vous et votre conjoint) 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 2019

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

CAMP JEUNESSE : Dimanche 23 juin au vendredi 5 juillet 2019 (9 à 15 ans)			
Prénom :		Nom :	
Inscriptions: À partir du 1 ^{er} février 2019, jusqu'à la limite des places disponibles.	Contribution demandée aux parents*	Total	Réservé à l'administration
Faire les chèques à l'ordre du CEDEQ :	815 \$		
1^{er} chèque daté de la demande d'inscription	460 \$		
2^e chèque postdaté au 20 mai 2019	355 \$		
Frais d'inscription et taxes inclus	Montant joint		
*La valeur estimée de ce séjour est de 3 290\$. Merci à nos généreux partenaires!			

OU POUR UN PREMIER SÉJOUR SEULEMENT :

CAMP JEUNESSE : Dimanche 30 juin au vendredi 5 juillet 2019 (9 ans / 1^{er} séjour)			
Prénom :		Nom :	
Inscriptions: À partir du 1 ^{er} février 2019, jusqu'à la limite des places disponibles.	Contribution demandée aux parents*	Total	Réservé à l'administration
Faire les chèques à l'ordre du CEDEQ :	485 \$		
1^{er} chèque daté de la demande d'inscription	295 \$		
2^e chèque postdaté au 20 mai 2019	190 \$		
Frais d'inscription et taxes inclus	Montant joint		
*La valeur estimée de ce séjour est de 1 520\$. Merci à nos généreux partenaires!			

VOTRE 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 2019 : 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, Dexcom Non Oui Si oui, compléter le formulaire SGC Enlite ou Guardian Link 3)

INSULINES

ELI LILLY :	<input type="checkbox"/> Humalog	<input type="checkbox"/> Humulin R	<input type="checkbox"/> Humulin N	<input type="checkbox"/> Basaglar
NOVO NORDISK:	<input type="checkbox"/> NovoRapid	<input type="checkbox"/> NPH	<input type="checkbox"/> Levemir	<input type="checkbox"/> Tresiba <input type="checkbox"/> Fiasp
SANOFI:	<input type="checkbox"/> Apidra	<input type="checkbox"/> Lantus	<input type="checkbox"/> Toujeo	

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 : _____

Reconnaît-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 : _____
_____	Date du résultat : _____
Résultat de la dernière hémoglobine glyquée (HbA1c) :	

Signature : _____ Date : _____

Camp Jeunesse 2019 : 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: _____

SYSTEME DE SURVEILLANCE DU GLUCOSE EN CONTINU

Mon enfant utilisera un système de surveillance en continu au camp : (SGC :Freestyle libre, Dexcom
 Non Oui Si oui, compléter le formulaire SGC. Enlite ou Guardian Link 3)

INSULINE ET AUTRE MATÉRIEL PERFUSSION

Insuline: NovoRapid Humalog Apidra Autre: _____
 Pellicule : Aucune IV 3000 Tegaderm Autre: _____
 Adhésif : Aucun Skin Tac Skin Prep

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: _____

POMPE À INSULINE

Modèle de pompe : _____
 Cathéter : Medtronic: Silhouette Quick Set Mio Mio 30 Mio Advance Sure -T
 OmniPod: Pod
 Animas : Confort Inset 30 Inset II Contact Detach

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 : _____
 Reconnaît-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 2019.**

Caractère d'imprimerie

Prénom :	Nom :
----------	-------

MODÈLE DU SYSTÈME DE SURVEILLANCE DU GLUCOSE

Mon enfant utilise le système:

FreeStyle Libre
 Dexcom
 Enlite
 Guardian Link 3

Nombre de glycémies sanguines par jour : _____

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 :				

NOTE IMPORTANTE : Afin de respecter les protocoles du camp et selon les recommandations du médecin présent, votre enfant aura des glycémies sanguines au cours de son passage au camp. De plus, veuillez prendre note que votre enfant sera responsable de son appareil de glucose en continu et que le CEDEQ se dégage de toute responsabilité en cas de perte ou dommages à l'appareil.

Signature : _____

Date : _____

INFORMATIONS MÉDICALES

Camp Jeunesse 2019

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	
Autre(s) :		

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	
Autre(s) :		

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	<input type="checkbox"/> 5 ans	<input type="checkbox"/> 15 ans	<input type="checkbox"/> Autre:
-------------------------	------------	--------------------------------	---------------------------------	---------------------------------

Mon enfant fait du sport:	<input type="checkbox"/> ≤ 2 fois semaine	<input type="checkbox"/> 3-4 fois semaine	<input type="checkbox"/> ≥ 5 fois semaine
---------------------------	---	---	---

Prévention d'HYPOS Lors du 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 2019

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 2019**

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 : _____

INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES :

OBJECTIF DU SÉJOUR EN LIEN AVEC LA NUTRITION

AVERSIONS ALIMENTAIRES, S'IL Y A LIEU

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 2019

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

Types de réactions :
Informations pertinentes pour les nutritionnistes :

INTOLÉRANCES ALIMENTAIRES

Types de réactions :
Informations pertinentes pour les nutritionnistes :

Signature : _____

Date : _____

Réservé à l'usage des nutritionnistes

--