

Caractère d'imprimerie

**Camp Familial : du vendredi 27 au dimanche 29 août 2021**

**ENFANT DIABÉTIQUE**

Prénom :	Nom :
Adresse :	
Ville :	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 22 juin 2021 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 <sup>e</sup> chèque postdaté au 1 <sup>er</sup> août 2021		100%		
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!			<b>Montant joint</b>	

**MON 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 2021**  
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 Odyssee, 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 Odyssee, l'Association des camps du Québec ou ses mandataires, demeureront propriété du CEDEQ, et des Camps Odyssee.

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

*Je refuse que le CEDEQ, les Camps Odyssee, 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 Odyssee, 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 Odyssee, 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 Odyssee, 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](mailto:info@cedeq.org) [www.cedeq.org](http://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  Dexcom  FreeStyle Libre  Medtronic

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 \_\_\_\_\_

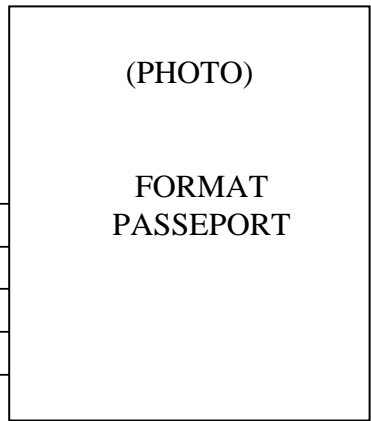
\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

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  Tandem (T-Slim)

## 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, la surveillance du glucose en continu (SGC) :

NON  OUI Si oui, lequel  Dexcom  FreeStyle Libre  Medtronic

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 2021**

**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 :
-----------------	-------------------