



CAMP POUR ENFANTS DIABÉTIQUES DE L'EST DU QUÉBEC (CEDEQ)

INSCRIPTION CAMP JEUNESSE 2022



Caractère d'imprimerie

Cochez la session demandée		INSCRIPTIONS À PARTIR
<input type="checkbox"/> Camp Jeunesse : du DIMANCHE 26 juin au JEUDI 7 juillet 2022 – 10 à 15 ANS <i>Exceptionnellement, les 16 ANS sont acceptés au Camp Jeunesse 2022</i>		<i>Du 1^{er} février 2022, jusqu'à la limite des places disponibles.</i>
<input type="checkbox"/> Camp Jeunesse : du SAMEDI 2 au JEUDI 7 juillet 2022 – 9 et 10 ANS (1^{er} SÉJOUR)		
Prénom :	Nom :	
Adresse :		
Ville :		Code postal :
Téléphone :	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 pourraient être facturés si le camp fournit un 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 2022

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 médicale 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 d'un médecin, autre que de l'équipe médicale du Camp.
5. J'autorise la direction médicale du Camp, si cela est jugé nécessaire, à confier l'enfant sans délai à un médecin, du CLSC ou de l'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 26 juin au jeudi 7 juillet 2022 (10 à 15 ans) <i>Exceptionnellement, les 16 ANS sont acceptés au Camp Jeunesse 2022</i>			
Prénom :		Nom :	
Inscriptions: À partir du 1 ^{er} février 2022, jusqu'à la limite des places disponibles.	Contribution demandée aux parents*	Total	Réservé à l'administration
Païement par chèque : Faire les chèques à l'ordre du CEDEQ :	850 \$		
1 ^{er} chèque daté de la demande d'inscription	460 \$		
2 ^e chèque postdaté au 15 mai 2022	390 \$		
Frais d'inscription et taxes inclus	Montant joint		
*La valeur estimée de ce séjour est de 3 290\$. Merci à nos généreux partenaires!			
Païement par virement Interac^{MD} : <input type="checkbox"/> Oui Postez vos formulaires. Nous vous contacterons par courriel.			

OU POUR UN PREMIER SÉJOUR SEULEMENT :

CAMP JEUNESSE : Samedi 2 au jeudi 7 juillet 2022 (9 - 10 ans et 1^{er} séjour)			
Prénom :		Nom :	
Inscriptions: À partir du 1 ^{er} février 2022, 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 15 mai 2022	190 \$		
Frais d'inscription et taxes inclus	Montant joint		
*La valeur estimée de ce séjour est de 1 520\$. Merci à nos généreux partenaires!			
Païement par virement Interac^{MD} : <input type="checkbox"/> Oui Postez vos formulaires. Nous vous contacterons par courriel.			

MON 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!

Un reçu aux fins d'impôt sera émis pour tout don.

Signature : _____

Date : _____

Camp Jeunesse 2022 : 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 sanguines par jour : _____

SURVEILLANCE DU GLUCOSE EN CONTINU (SGC)

Mon enfant utilisera la surveillance du glucose en continu au camp : Non Oui

Si oui, compléter le formulaire SGC pour FreeStyle Libre 1 ou 2, Dexcom, Medtronic

INSULINES

ELI LILLY :	<input type="checkbox"/> Humalog	<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	<input type="checkbox"/> Admelog	

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:				

SYMPTÔMES

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

Signature : _____

Date : _____

Camp Jeunesse 2022 : 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 sanguines par jour : _____

SURVEILLANCE DU GLUCOSE EN CONTINU (SGC)

Mon enfant utilisera la surveillance du glucose en continu au camp : Non Oui

Si oui, compléter le formulaire SGC pour Freestyle Libre, Dexcom, Medtronic

INSULINE ET AUTRE MATÉRIEL PERFUSION

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

Tandem (T-Slim): AutoSoft 90 AutoSoft 30 VariSoft TruSteel

NIVEAU D'AUTONOMIE DE L'ENFANT

Est autonome pour ses bolus : Non Oui Oublie ses bolus : Non Oui : Si oui, à quelle 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 LA
SURVEILLANCE DU GLUCOSE EN CONTINU (SGC)
FREESTYLE LIBRE – DEXCOM – MEDTRONIC
PENDANT LE CAMP JEUNESSE 2022. (Voir note importante ci-dessous)**

Caractère d'imprimerie

Prénom :	Nom :
----------	-------

NOTE IMPORTANTE : Afin de respecter les protocoles du camp et selon les recommandations du médecin présent, votre enfant aura parfois besoin de faire des glycémies capillaires malgré l'utilisation de la SGC. Étant donné que les cellulaires sont interdits au Camp Trois-Saumons, il ne sera pas possible d'utiliser les applications cellulaires avec la SGC. Vous pouvez vous procurer gratuitement un récepteur indépendant en contactant la compagnie (Dexcom et Freestyle) pour pouvoir continuer à utiliser la SGC pendant le séjour. Le récepteur pourra être porté dans une ceinture de taille (que vous devrez fournir) pendant le séjour. Votre enfant sera responsable de son appareil de glucose en continu et le CEDEQ se dégage de toute responsabilité en cas de perte ou dommages à l'appareil.

MODÈLE DU SYSTÈME DE SURVEILLANCE DU GLUCOSE	
Mon enfant utilise le système: <input type="checkbox"/> FreeStyle Libre 1 <input type="checkbox"/> FreeStyle Libre 2 <input type="checkbox"/> Dexcom <input type="checkbox"/> Medtronic	Nombre de glycémies sanguines par jour : _____

MATÉRIEL UTILISÉ			
Pellicule : <input type="checkbox"/> Aucune	<input type="checkbox"/> IV 3000	<input type="checkbox"/> Tegaderm	<input type="checkbox"/> Autre: _____
Adhésif : <input type="checkbox"/> Aucun	<input type="checkbox"/> Skin Tac	<input type="checkbox"/> Skin Prep	<input type="checkbox"/> Autre: _____
Crème anesthésiante pour installer le cathéter : <input type="checkbox"/> Aucune	<input type="checkbox"/> Oui	Si oui, précisez <input type="checkbox"/> Emla <input type="checkbox"/> Maxilène	

RÉACTION CUTANÉE	
Réaction cutanée due à des produits pour fixer les capteurs : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Précisez lesquels: _____	

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 2022

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 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 Reçu 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 Lors du SPORT : _____

INFORMATIONS SUR LA COVID-19

Mon enfant a reçu les vaccins contre la COVID-19 : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Mon enfant a déjà eu la COVID-19: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Date du premier vaccin : _____	Date : _____
Date du deuxième vaccin : _____	
Date du troisième vaccin : _____	

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 2022

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 2022**

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 des ratios 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

PARTICULARITÉS ALIMENTAIRES (ex : végétarien) ET/OU 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 2022

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 : _____

ATTENTION : Le camp Trois-Saumons et le CEDEQ ont fait le choix d'accueillir les enfants avec des restrictions alimentaires.

- Cela oblige nos camps à :**
- Revoir ses menus (sur place ou en expédition).
 - Prévoir l'équipement et le personnel pour la préparation des repas.
 - Prévoir une logistique importante dans la préparation des expéditions, s'il y a lieu.

Il est donc essentiel de fournir des informations complètes et détaillées.

Réservé à l'usage des nutritionnistes

AIDE-MÉMOIRE

Documents à compléter, signer et retourner pour inscrire de votre enfant :

Par la poste à l'adresse suivante :

Camp pour enfants diabétiques de l'Est du Québec (CEDEQ)
220-4500, boul. Henri-Bourassa
Québec (QC) G1H 3A5

Formulaires suivants :

- INSCRIPTION CAMP JEUNESSE 2022
- AUTORISATION DES PARENTS
- SÉLECTION DU SÉJOUR
- INFORMATIONS SUR LE DIABÈTE : INJECTIONS OU POMPE
- INFORMATIONS MÉDICALES
- INFORMATIONS SUR L'ENFANT
- INFORMATIONS SUR LA NUTRITION
- Si applicable : SURVEILLANCE DU GLUCOSE EN CONTINU (SGC)
- Si applicable : ALLERGIES ALIMENTAIRES ET/OU INTOLÉRANCES

Paiements de la contribution demandée aux parents :

- Chèque pour le 1^{er} versement à l'ordre du CEDEQ
Daté du jour de votre demande d'inscription
- Chèque pour le 2^e versement à l'ordre du CEDEQ
Postdaté au 15 mai 2022.
- Paiement par virement *Interac*^{MD} : Postez vos formulaires. Nous vous contacterons par courriel.

Don au Camp pour enfants diabétiques de l'Est du Québec (facultatif) :

- Chèque pour votre don au montant de _____ \$.
Merci de votre généreux soutien!

Pour votre information, la contribution demandée aux parents ne couvre qu'une partie des frais d'hébergement de votre enfant au Camp Trois-Saumons et ne contribue à aucun des frais suivants. Avec les dons reçus et la campagne de financement annuelle, le CEDEQ financent entièrement :

- Les frais liés à l'accompagnement médical de votre enfant diabétique par les professionnels qualifiés de notre équipe médicale.
- Certains frais de matériel médical et autres frais de séjours.
- Les frais d'hébergement de l'équipe médicale au Camp Trois-Saumons.
- Les frais d'organisation des séjours et frais administratifs.

■ **Tous ces documents sont requis lors de la demande d'inscription de votre enfant au Camp Jeunesse 2022.**

■ **Prendre note que les places sont limitées. La règle du premier arrivé, premier servi sera appliquée. Aucune réservation par téléphone ne sera acceptée.**

**Au plaisir de vous accueillir au Camp,
L'équipe du CEDEQ**