



CAMPOREE DES EXPLORATEURS "CHOSEN"

Du 12 au 17 août 2019

Oshkosh, Wisconsin, États-Unis

PRÉ-REQUIS POUR L'INSCRIPTION

Tous les participants doivent avoir au moins 9 ans. En soumettant le formulaire le participant accepte de respecter les règles de conduite générale de l'Église. Retournez ce formulaire au plus tard le 15 mai 2019. Les inscriptions doivent être envoyées par courriel à Denise Nadeau au département des Explorateurs de la Fédération du Québec à dnadeau@sdaqc.org par l'entremise du site internet de la Fédération.

INFORMATION PERSONNELLE

Nom: _____
Adresse: _____
Téléphone: (____) _____ Courriel: _____
Date de naissance: _____ Âge au 1^{er} août 2019: _____
 Garçon Fille Homme Femme Directeur/Assistant club Explorateur Sponsor/Volontaire
Repas: Végétarien Végétalien
Fréquente l'Église Adventiste de _____
Noms du/des parent(s) ou tuteur(s) _____
Autre personne à contacter: _____ Lien de parenté: _____
Téléphone à la maison: (____) _____ Téléphone le jour/cellulaire (____) _____

DOSSIER SANTÉ ET INFORMATION MÉDICALE

Médecin: _____ Téléphone au bureau (____) _____
Numéro carte d'assurance maladie: _____ Date d'expiration: _____
Besoins spéciaux: _____
Date de la dernière injection de tétanos: _____ Date de rappel de l'immunisation à la polio: _____

HISTORIQUE

- Maux de gorge
- Sinusite
- Bronchite
- Asthme
- Mouille son lit
- Convulsions
- Problèmes rénaux
- Somnambulisme
- Problèmes cardiaques
- Diabète
- Évanouissement
- Maux d'estomac
- Aliments spéciaux
- Hémophilie

ALLERGIES

- Médicaments
 - Plantes
 - Animaux
 - Aliments
 - Piqûres d'abeille/Insecte
- Antidote: Benadryl Anakit
 Epikit Autre
Administré par Infirmier Soi-même
Autre: _____

MÉDICAMENTS

- En prenez-vous en ce moment?
 Oui Non Expliquez: _____
Nom du médicament: _____
Posologie: _____
Heure: _____
Permission d'administrer:
 Tylenol régulier Aspirin Nil

Les participants, dans leur comportement, leur façon de se vêtir, le langage et le divertissement, adhéreront aux standards conventionnels de l'Église Adventiste du Septième Jour au cours de leur voyage, que ce soit à l'aller ou au retour, et durant le Camporee des Explorateurs. Afin de maintenir une bonne hygiène de vie sans drogue, les participants ne boiront pas de breuvages alcoolisés et ne prendront pas de tabac. Je comprends que les participants peuvent être photographiés ou pris sur vidéo et je cède tous mes droits de publication ou de publicité.

En tant que tuteur légal, j'accepte les conditions stipulés, incluant la décharge de responsabilité à l'égard de l'Église Adventiste du Septième Jour au Canada, ses fédérations en cas d'accident ou de maladie. En cas d'urgence, je donne la permission à l'infirmière ou le leader adulte choisi d'hospitaliser, d'administrer les traitements ou de commander des injections, anesthésie ou opération pour mon enfant. Si l'information médicale de l'appliquant change après la soumission de l'application, veuillez avertir le Département des Explorateurs de la Fédération du Québec à atheodore@sdaqc.org.

Signature du participant: _____ Date: _____
(Jour/Mois/Année)

Signature du parent: _____ Date: _____
(Si âgé de moins de 18 ans) (Jour/Mois/Année)