CAMPOREE 2024 - CROIRE EN LA PROMESSE
5-11 août 2024
Gillette, Wyoming, États-Unis

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Tous les participants doivent être âgés d'au moins 9 ans. Assurer vous de compléter **dûment** toutes les lignes de ce formulaire avant de le r**etourner à l'adresse courriel de votre directeur ou directrice de club.**
Date limite : 13 juin 2024

INFORMATIONS DU CLUB

Nom du Club : _____

Nom du directeur / de la directrice de club : _____

Nom de l'église : _____

INFORMATIONS PERSONNELLES

Nom, prénom : _____

Adresse : _____

Nº civique, rue, ville, province, code postal

Téléphone : (_____) _____ E-mail : _____

Date de naissance : _____ Âge au 1er août 2024 : _____

❑ Garçon ❑ Fille ❑ Homme ❑ Femme ❑ Responsable / assistant de club

Taille de chemise : ❑ XS ❑ S ❑ M ❑ L ❑ XL ❑ XXL Repas : ❑ Végétarien ❑ Végétalien

Église adventiste fréquentée _____

Noms du/des parent(s) /
tuteur(s)_____

Autre personne à contacter : _____

Lien avec le participant : _____

Téléphone à la maison : (_____) _____ Téléphone cellulaire : (_____) _____

Église Adventiste du Septième Jour— Fédération du Québec
940 Ch. Chambly, Longueuil QC J4H 3M3
(450) 651-5222 / www.sdaqc.org

DOSSIER DE SANTÉ ET INFORMATIONS MÉDICALES

Médecin : _____

Téléphone du cabinet : (_____) _____

Carte d'assurance maladie n° : _____

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 ❑ Somnambulisme
❑ Sinusite ❑ Problèmes cardiaques
❑ Bronchite ❑ Diabète
❑ Asthme ❑ Évanouissement
❑ Mouille son lit ❑ Maux d'estomac
❑ Convulsions ❑ Régime spécial
❑ Problèmes rénaux ❑ Hémophilie

ALLERGIES

❑ Médicaments ❑ Plantes
❑ Animaux ❑ Aliments
❑ Piqûres d'abeilles/d'insectes
Antidote : ❑ Benadryl ❑ Anakit ❑ Epikit ❑ Autres
Administré par ❑l'infirmière ❑ Soi-même
Autre :
_____

MÉDICAMENTS

Prenez-vous actuellement des médicaments ?
❑ Oui ❑ Non
Expliquer :
Nom du médicament : _____
_____
Posologie : _____
Heure: _____
Permission d'administrer :
❑ Tylenol régulier ❑Aspirine ❑ Nil

Église Adventiste du Septième Jour— Fédération du Québec
940 Ch. Chambly, Longueuil QC J4H 3M3
(450) 651-5222 / www.sdaqc.org

CODE DE CONDUITE

Je soussigné(e), _____

(Nom, prénom)

adhérere 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 Camporée des Explorateurs, dans mon comportement, ma façon de me vêtir, mon langage et mes divertissements.

Mes relations avec les autres participants, personnes travaillant ou fournissant des services dans le cadre du Camporée International 2024 sont basées sur le respect mutuel, la compréhension mutuelle, la courtoisie, le tact, la civilité et la tolérance.

Je comprends qu'il est strictement interdit de fumer, de consommer de l'alcool et des drogues sous toute forme pendant la période du voyage et du Camporée international 2024.

Je comprends également que je ne dois pas entrer dans les tentes du sexe opposé. Les garçons ne sont pas admis dans les tentes des filles et les filles ne sont pas admises dans les tentes des garçons.

La violation de l'une des règles de conduite peut, selon sa gravité, engage ma responsabilité en tant que campeur.

Signature du participant : _____ Date: _____
(jour-mois-année)

Section à remplir obligatoirement par le parent ou du tuteur légal si le participant à moins de 18 ans

Mon enfant et moi comprenons que le code de conduite mentionné ci-dessus s'applique aussi bien à l'aller qu'au retour du voyage. Nous comprenons également que ce code de conduite est en vigueur durant le Camporée des Explorateurs.
Mon enfant s'engage à respecter ces règles.

J'ai expliqué à mon enfant que toute infraction, en fonction de sa gravité, entraînera sa responsabilité en tant que campeur.

Nom et prénom du parent / tuteur légal : _____

Signature du parent / tuteur légal :_____ Date: _____
(jour-mois-année)

Église Adventiste du Septième Jour— Fédération du Québec
940 Ch. Chambly, Longueuil QC J4H 3M3
(450) 651-5222 / www.sdaqc.org

AUTORISATION D'UTILISATION DE L'IMAGE

Je soussigné(e), Nom et prénom, (si le participant à moins de 18 ans, à remplir par le parent ou du tuteur légal): _____

(Nom, prénom)

accorde à l'Église Adventiste du Septième Jour au Canada, ses fédérations, Camporée International, ses représentants et toute personne agissant sous leur autorité, la permission irrévocable de publier les photographies ou vidéos prises de moi ou du participant à Gillette, Wyoming du 5 au 11 aout 2024.

Ces photographies ou vidéos peuvent être exploitées à des fins de publication ou de publicité sur toutes leurs plateformes (les réseaux sociaux, site internet, etc.).

Je dégage l'Église Adventiste du Septième Jour au Canada, ses fédérations, le Camporée International, ses représentants et toute personne agissant sous leur autorité de toute responsabilité à cet égard, étant également conscient(e) qu'ils ne sont pas responsables d'une utilisation non conforme de ces photos ou images par des tiers.

Signature du participant /
parent / tuteur légal : _____

Date: _____
(jour-mois-année)

Église Adventiste du Septième Jour— Fédération du Québec
940 Ch. Chambly, Longueuil QC J4H 3M3
(450) 651-5222 / www.sdaqc.org

ACCIDENT OU MALADIE

En tant que participant ou parent ou tuteur légal, j'accepte les conditions stipulées, incluant la décharge de responsabilité à l'égard de l'Église Adventiste du Septième Jour au Canada, ses fédérations et le Camporée International 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, anesthésies ou opérations pour mon enfant. *Si l'information médicale de l'appliquant change après la soumission de ce formulaire, veuillez avertir le Département des Explorateurs de la Fédération du Québec à* ***explorateur_qc@sda.org****.*

Signature du participant : _____ Date: _____
(jour-mois-année)

Signature du parent : _____ Date: _____
(Si le participant a moins de 18 ans) (jour-mois-année)

Église Adventiste du Septième Jour— Fédération du Québec
940 Ch. Chambly, Longueuil QC J4H 3M3
(450) 651-5222 / www.sdaqc.org

INFORMATION MÉDICALE

1. IDENTIFICATION

Nom de famille du campeur: _____

Prénom: _____

Adresse: _____

Nº civique, rue, ville, province, code postal

Téléphone: (____) _____

Âge: _____ Sexe: M ☐ F ☐ Date de naissance _____/_____/_____

Jj/mm/aaaa

Église: _____

Directeur du club: _____

Nom et prénom du Pasteur: _____

Numéro de carte d'assurance maladie: _____

Date d'expiration: _____

Église Adventiste du Septième Jour— Fédération du Québec
940 Ch. Chambly, Longueuil QC J4H 3M3
(450) 651-5222 / www.sdaqc.org

2. HISTORIQUE MÉDICAL

Trouble cardiaque Oui ☐ No ☐ Trouble pulmonaire Oui ☐ No ☐

Diabétique Oui ☐ No ☐ Asthme Oui ☐ No ☐

Hémophilie Oui ☐ No ☐ Autres maladies: _____

Allergies Oui ☐ No ☐ Veuillez spécifier: _____

Nourriture: _____

Produits laitiers: _____

Médicaments: _____ _____ _____

Prenez-vous présentement des médicaments: Oui ☐ No ☐

Si oui, spécifiez lesquels: _____ _____

Date de la dernière injection de tétanos: _____

Date de rappel de l'immunisation à la polio: _____

Église Adventiste du Septième Jour— Fédération du Québec
940 Ch. Chambly, Longueuil QC J4H 3M3
(450) 651-5222 / www.sdaqc.org

CAMPOREE 2024 - CROIRE EN LA PROMESSE
5-11 août 2024
Gillette, Wyoming, États-Unis

Faites la liste des activités que vous ne pouvez **pas** faire à cause de raisons médicales (Expliquer):_____

_____

_____

En cas d'accident, avertir: _____

(Parent/Tuteur)

Adresse à la maison: _____

Nº civique, rue, ville, province, code postal

Téléphone: (_____) _____

Adresse au travail: _____

Nº civique, rue, ville, province, code postal

Téléphone: (_____) _____

Si pas disponible, avertir: _____

Téléphone: (_____) _____

Adresse: _____

Nº civique, rue, ville, province, code postal

MÉDECIN DE FAMILLE:

Nom: _____

Téléphone: (_____) _____

Adresse: _____

Nº civique, rue, ville, province, code postal

Numéro de téléphone à l'hôpital: (_____) _____

Église Adventiste du Septième Jour— Fédération du Québec
940 Ch. Chambly, Longueuil QC J4H 3M3
(450) 651-5222 / www.sdaqc.org

CAMPOREE 2024 - CROIRE EN LA PROMESSE
5-11 août 2024
Gillette, Wyoming, États-Unis

AUTORISATION DES PARENTS

Cet historique de santé est exact pour autant que je le sache, et la personne ici décrite a la permission de participer à toutes les activités prescrites, excepter celle que j'ai mentionnée. Au cas où je ne puis être rejoint lors d'une urgence, je donne par la présente, la permission au médecin, choisit par un adulte en charge, d'hospitaliser, assurer la bonne anesthésie, ou commander l'injection, le traitement ou la chirurgie pour mon enfant. Une photocopie de ceci sera aussi valable que l'original.

Signature: _____ Date: _____/_____/_____

(Parent ou tuteur) Jj/mm/aaaa

Des suggestions supplémentaires venant des parents: _____

_____

_____

_____

IMPORTANT

Après avoir rempli tous ces formulaires, veuillez garder une copie et la mettre dans les documents avec lesquels vous voyagerez ou votre enfant voyagera.

Toutes les informations sont strictement confidentielles.

Église Adventiste du Septième Jour— Fédération du Québec
940 Ch. Chambly, Longueuil QC J4H 3M3
(450) 651-5222 / www.sdaqc.org