

CAMP DE JOUR L'AMICAL

FORMULAIRE INSCRIPTION

ÉTÉ 2025



U P F M

Un Prolongement à la Famille de Montréal
200-2194 avenue de La Salle
Montréal (Québec) H1V 2K8
514-504-7989 info@upfm.ca

1. Informations générales sur le membre

| | | | |
|----------------------|--|---|--|
| Prénom : | | Âge : | |
| Nom : | | Date de naissance : (AAAA/MM/JJ) | |
| Adresse : | | Numéro assurance maladie : | |
| Ville : | | Téléphone : | |
| Code postal : | | # de transport adapté : | |

| Semaine du camp de jour | Cochez | Grandeur du chandail | Cochez |
|------------------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| 16 juin au 19 juin | <input type="checkbox"/> | S | <input type="checkbox"/> |
| 23 juin au 26 juin (3 jours) * | <input type="checkbox"/> | M | <input type="checkbox"/> |
| 30 juin au 03 juillet (3 jours) ** | <input type="checkbox"/> | L | <input type="checkbox"/> |
| 07 juillet au 10 juillet | <input type="checkbox"/> | XL | <input type="checkbox"/> |
| 14 juillet au 17 juillet | <input type="checkbox"/> | 2XL | <input type="checkbox"/> |
| 21 juillet au 24 juillet | <input type="checkbox"/> | 3XL | <input type="checkbox"/> |
| 28 juillet au 31 juillet | <input type="checkbox"/> | Notez que si le participant possède déjà un chandail des années précédentes, il n'est pas obligatoire d'en acheter un nouveau | |
| 04 août au 07 août | <input type="checkbox"/> | | |
| 11 août au 14 août | <input type="checkbox"/> | | |

| | | |
|---------------------------------------|---|------------------------------------|
| Période : | Du lundi 16 juin au jeudi 14 août 2025 | |
| Heures du camp : | Le camp débute à 9h et se termine à 16h | |
| Lieu : | 200-2194 avenue de la Salle, Montréal H1V 2K8 | |
| Tarif par semaine : | Semaine de 4 jours | Semaine de 3 jours (fériés) |
| | 180 \$ | 135 \$ |
| Prix du chandail (si besoin) : | 7 \$ | |

* Nous sommes fermés pour la Saint-Jean-Baptiste le 24 juin et pour la fête du Canada le 1er juillet

** Notez qu'il est possible de s'inscrire pour des semaines complètes seulement, sauf si le participant a un travail ou un stage durant l'été.

*** Les journées d'absences sont non-remboursables

2. Parent ou responsable

| | | | |
|--|--|---------------------|--|
| Prénom : | | Prénom | |
| Nom : | | Nom : | |
| Lien avec le membre | | Lien avec le membre | |
| Adresse : | | Adresse : | |
| Ville : | | Ville : | |
| Code Postal : | | Code Postal : | |
| Téléphone 1* : | | Téléphone 1* : | |
| Téléphone 2 : | | Téléphone 2 : | |
| Courriel** : | | Courriel** : | |
| Lieu de résidence : <input type="checkbox"/> Parents <input type="checkbox"/> Famille d'accueil <input type="checkbox"/> Résidence <input type="checkbox"/> Appartement autonome | | | |

* Le « téléphone 1 » est celui avec lequel nous vous rejoindrons en premier lieu

** Le courriel est ce qui nous permet de vous transmettre des informations

3. Départ autonome

Le membre est-il autorisé à quitter le camp de jour par lui-même ? Oui Non

4. Urgence

| | |
|------------------------------|--|
| Nom : | |
| Prénom : | |
| Téléphone : | |
| Lien avec le membre : | |

5. Médicaments

| | |
|---|---|
| Le membre prend-il des médicaments ? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Si oui, noms des médicaments : | |
| Les prend-il lui-même ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Préciser : |

6. Conditions et allergies

| | | | |
|--|---|--------------------------|---|
| A-t-il des allergies? Si oui, lesquelles : | | | |
| Migraines | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Allergies : | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Diabète | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Animaux : | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Autres, précisez : | | Médicaments : | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| | | Allergies alimentaires : | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| | | Autres : | |

7. Information importante sur le membre :

8. Dose d'adrénaline

Le membre a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (EpiPen) en raison de ses allergies?

Oui Non

À SIGNER SI VOTRE MEMBRE A UNE DOSE D'ADRÉNALINE

Par la présente, j'autorise les personnes désignées par le camp de jour de l'Amical à administrer, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline à

(NOM & PRÉNOM du membre)

Signature du parent ou responsable

9. Médicaments en vente libre (si applicable)

J'autorise le personnel du camp de jour de l'Amical à administrer au membre, si nécessaire, un ou plusieurs médicaments sans ordonnance en vente libre. Cochez les médicaments :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Acétaminophène (Tylenol) | <input type="checkbox"/> Sirop contre la toux |
| <input type="checkbox"/> Antiémétique (Gravol) | <input type="checkbox"/> Antibiotique en crème (Polysporin) |
| <input type="checkbox"/> Antihistaminique (Benadryl, Reactine) | <input type="checkbox"/> Autre, précisez _____ |
| <input type="checkbox"/> Anti-inflammatoire (Advil) | |

10. Antécédents médicaux et vaccins

| | |
|--|-----------------------|
| Votre membre a-t-il déjà subi une intervention chirurgicale? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | |
| Blessures graves : | Maladies chroniques : |
| | |

11. Autres informations pertinentes :

| | |
|---|---|
| Votre membre a-t-il besoin d'une veste de flottaison individuelle lorsqu'il nage? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Précisez : | |
| Y a-t-il des activités auxquelles votre membre ne peut pas participer Oui seulement moyennant certaines conditions? | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ou |

12. Autorisation des parents ou responsable

J'autorise les animateurs-animateuses du camp de jour l'Amical à prendre des photos et vidéos du membre lors des activités pour ses documents internes, pour son rapport annuel, pour son site Internet, etc.

OUI

NON

J'autorise les animateurs-animateuses du camp de jour l'Amical à prodiguer les premiers soins au membre. Si la direction du camp de jour de l'Amical le juge nécessaire, je l'autorise également à le transporter par ambulance ou autrement dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire.

OUI

NON

Je m'engage à collaborer avec la direction du camp de jour de l'Amical et à venir la rencontrer si le comportement de mon membre nuit au bon déroulement des activités.

OUI

NON

Signature du parent ou tuteur ou participant

jj/mm/aaaa

Veillez prendre note que toutes les informations concernant l'état de santé de votre membre demeureront confidentielles. Elles seront transmises uniquement à son animateur et à son responsable afin de permettre un meilleur encadrement ainsi qu'une intervention plus efficace en cas d'urgence.

13. Paiement

Votre facture vous sera envoyée par la poste ou par courriel :

Courriel _____

Adresse postale _____

Nous acceptons 4 modalités de paiement :

Par virement Interac

À l'adresse courriel : **comptabilite@upfm.ca**

Il n'y a pas de réponse de sécurité.

SVP indiquez le nom du membre ou le numéro de la facture lors du transfert

Par chèque

À l'ordre d'un Prolongement à la Famille de Montréal

Par argent comptant (du lundi au jeudi entre 8h et 16h)

Directement au secrétariat

Par carte de débit/crédit (du lundi au jeudi entre 8h et 16h)

Directement au secrétariat via la plateforme square

14. Modalités de remboursement et pénalités

- Les frais d'inscription au camp de jour seront remboursés en totalité moins des frais d'annulation de 25 \$ dans le cas d'une annulation plus d'un mois avant le début du camp de jour.
- Les frais ne seront pas remboursés dans le cas d'une annulation à moins d'un mois avant le début du camp de jour.
- Dans le cas où le membre ne peut plus participer aux activités du camp de jour pour des raisons de santé (preuve médicale à l'appui), le camp l'Amical remboursera la totalité des frais d'inscription, sans frais d'annulation.
- Les journées d'absences sans preuve médicales ne sont pas remboursables.

Toute demande de remboursement doit être faite par écrit à l'adresse courriel suivante : administration@upfm.ca avec en CC comptabilite@upfm.ca



Veillez transmettre ce document à :

Isabelle Lafond-Lemaire par courriel à **info@upfm.ca**

ou en version papier directement à l'UPFM situé au :

Un Prolongement à la Famille de Montréal
200-2194 avenue De La Salle
Montréal QC H1V 2K8

Des questions sur l'inscription, le camp et l'organisation?

Contactez Isabelle, agente administrative, au 514-504-7989 du lundi au jeudi de 8h à 16h

Pour la direction, veuillez contactez :

Kim Pimparé-Vaillant, Directrice générale
administration@upfm.ca