

MISES EN GARDE

1. Le camp n'est pas responsable des objets personnels endommagés, perdus ou volés.

2. Les activités du cirque, comme celles du plein air comportent certains risques d'accident. Nous prenons toutes les mesures raisonnables pour les éviter. Cependant en inscrivant votre enfant à nos activités, vous acceptez les risques qui y sont inhérents.

3. Le camp étant un lieu où nous vivons en promiscuité, vous devrez venir chercher votre enfant s'il a de la fièvre ou des symptômes de gastro-entérite ou une toux persistante.

À ce moment-là, nous vous rembourserons la totalité des journées non consommées et si votre enfant veut revenir au camp, il pourra le faire après 3 journées de bien être à la maison.

De plus, si votre enfant se blesse et doit aller à l'hôpital, Nous demanderons la collaboration du parent pour ce faire.

S'il y a lieu, indiquez les activités que votre enfant ne doit pas exercer et informez-nous si votre enfant ne sait pas nager. Si vous avez d'autres commentaires, svp donnez-nous les documents.

Par la présente, je certifie que les renseignements fournis sur la fiche médicale sont exacts, que j'ai lu les mises en garde et que je suis en accord avec elles.

De plus, j'ai la responsabilité de transmettre au camp toute nouvelle information médicale survenue entre la date où la fiche a été remplie et la date d'arrivée au camp.

Signature : _____

Date : _____

DEMANDE D'AUTORISATION :

En cas d'urgence, s'il est impossible de rejoindre les parents, j'autorise Geronimo à prendre les mesures nécessaires et à faire transporter mon enfant chez le médecin ou à l'hôpital le plus près afin d'y recevoir tous les soins médicaux requis par son état.

Signature : _____

Date : _____

J'autorise le camp Geronimo à administrer, en cas de besoin, des médicaments sans prescription tels des Tylénols, des Advils et des onguents antibiotiques :

Signature : _____

Date : _____

S'il y a lieu, j'autorise Geronimo à utiliser des photos ou des films de mon enfant à des fins promotionnelles.

Signature : _____

Date : _____

Politiques de remboursement :

Annulation plus de 30 jours avant le camp :

Journées non consommées remboursées à 100% sauf le dépôt.

Annulation occasionnée par un problème de santé avant ou pendant le camp :

Journées non consommées remboursées à 100% sauf le dépôt.

Annulation occasionnée par toutes autres raisons pendant le camp ou moins de 30 jours avant le camp :

Journées non consommées remboursées à 50% sauf le dépôt

Interdit sur le site sous peine d'expulsion : cigarette, boisson, comportement inacceptable



Inscription et fiche santé 2025

Renseignements personnels :

Nom du jeune : _____ Sexe : _____

Age : _____ Date de naissance : _____

Adresse : _____ Ville : _____

Province : _____ code postal _____

Téléphone : _____

Cellulaire : _____

Courriel : _____

***Important : No assurance maladie :** _____
expiration : _____

Nom du père : _____

Tél. au travail : _____

Nom de la mère : _____

Tél. au travail : _____

Personnes à contacter en cas d'urgence autres que les parents :

1. _____

Tél : _____

2. _____

Tél : _____

No d'assurance sociale du parent qui déduira le montant de la facture à ses impôts :

OBLIGATOIRE SI VOUS DÉSIREZ RECEVOIR LE RELEVÉ 24

Nom : _____

No d'assurance sociale : _____

Sessions et prix 2025

Toutes nos sessions sont offertes aux 7 à 16 ans.
Notez que les enfants sont regroupés par groupes d'environ le même âge.

Les sessions marquées d'un astérisque sont soit la première semaine d'un séjour de 12 nuits ou la deuxième semaine d'un Séjour de 12 nuits.

Veuillez noter que le rabais familial s'applique aussi pour un enfant qui s'inscrit 2 fois dans le même été (enlevez 100\$ après taxes sur la 2^{ème} session)

Envoyez le tout par courriel ou par la poste :



Geronimo
1017 ch. de la Seigneurie
Lachute, QC
J8H 3W9

Votre jeune est-il déjà venu au camp Geronimo? ____
Si vous avez répondu « non », Geronimo vous a été référé par :

Amis () Internet () Journaux () École () Facebook ()
Répertoire des camps de l'ACQ papier ()
Répertoire des camps de l'ACQ internet ()
Autres ()

Demande spéciale : Si votre jeune veut être avec un ou des amis, inscrivez ici leurs noms, nous ferons notre possible afin qu'ils soient ensemble s'ils ont approximativement le même âge.

Bienvenue chez Geronimo!!!!

Sessions Encercliez	SESSIONS DE 5 NUITS
29 juin au 4 juillet*	PRIX : 745\$ + tx = 856,56\$
-----	1 enfant: 856,56\$
13 au 18 juillet	2 enfants: x 2 – 100\$
-----	3 enfants: x 3 – 200\$
20 au 25 juillet	*Si inscription avant le 1 ^{er} mars : enlever 50\$ après taxes
-----	Payable par virement Interac ou par carte de crédit (on attend votre appel)
27 juillet au 1er août	

10 au 15 août	*Les chèques et l'argent comptant ne sont plus acceptés.

Sessions Encercliez	SESSIONS DE 6 NUITS
5 au 11 juillet	PRIX : 885\$+tx= 1017,53\$
-----	1 enfant: 1017,53\$
2 au 8 août	2 enfants: x 2 -100\$
-----	3 enfants: x 3 – 200\$
	*Si inscription avant le 1 ^{er} mars : enlever 50\$ après taxes
	Payable par virement Interac ou par carte de crédit (on attend votre appel)
	*Les chèques et l'argent comptant ne sont plus acceptés.

Sessions Encercliez	SESSIONS DE 12 NUITS
29 juin au 11 juillet	PRIX : 1495\$+tx= 1718,88\$
-----	1 enfant : 1718,88\$
27 juillet au 8 août	2 enfants: x 2 – 100\$
-----	3 enfants: x 3 -200\$
	*Si inscription avant le 1 ^{er} mars : enlever 50\$ après taxes
	Payable par virement Interac ou par carte de crédit (on attend votre appel)
	*Les chèques et l'argent comptant ne sont plus acceptés.

Fiche santé

Votre enfant souffre-t-il des symptômes suivants?	oui	non	Spécifiez si nécessaire
asthme			
troubles cardiaques			
épilepsie			
diabète			
hémophilie			
hernies			
handicaps quelconques			
problèmes de comportement ?			
hyperactivité?			
somnambulisme?			
porte-t-il des prothèses?			
mange-t-il anormalement?			
mouille-t-il son lit?			

Votre enfant a-t-il visité un médecin dernièrement? ____
Pour quelle raison? _____

Nom du médecin traitant : _____
Tél. : _____

Votre enfant a-t-il eu :
le vaccin de la méningite? ____ le vaccin du tétanos? ____

Votre enfant prend-il des médicaments? ____ Si oui, lesquels?

Posologie : _____
Est-ce que vous nous autorisez à lui administrer ses prescriptions?
Signature : _____ date : _____

Allergies

Votre enfant souffre-t-il d'allergies?	cochez	
Piqûres d'insectes	<input type="checkbox"/>	spécifiez :
Pénicilline	<input type="checkbox"/>	spécifiez :
Autres médicaments	<input type="checkbox"/>	spécifiez :
Certains aliments	<input type="checkbox"/>	spécifiez :
*Une collaboration spéciale des parents sera exigée selon le type d'allergie		

Toujours concernant les allergies sévères :
Votre enfant possède-t-il son auto-injecteur d'épinéphrine? ____
Si oui, svp nous envoyer **3 photos** de votre jeune et veuillez signer cette autorisation :

« J'autorise les personnes désignées par le camp à administrer, selon le besoin, en cas d'urgence, la dose d'épinéphrine suivante à mon enfant : _____

Signature : _____ date : _____