

Chers parents,

Il nous fait plaisir de vous faire parvenir les documents d'inscription du Camp Tékakwitha pour la saison estivale 2012.

Le camp Tékakwitha est un camp de vacances francophone, qui a pour mission d'offrir aux jeunes un milieu de vie et un accompagnement éducatif qui vise avant tout la croissance personnelle et spirituelle par un contact constant et conscient avec la nature, l'attention à la personne, la vie de groupe, le dépassement et le vécu d'expériences significatives dans un milieu de plein air physique et psychologique.

En plus du programme Campeur-Campeuse pour les jeunes de 8 à 12 ans et le programme Explorateur-Exploratrice pour les 13 ans, le camp offre aux adolescents et adolescentes de 14 à 17 ans le programme Pionnier-Pionnière. Unique en son genre, ce programme de randonnée pédestre dans les montagnes Appalaches du Maine, représente un défi sans pareil. Vous trouverez plus de détails sur notre site web [www.campdevacances.com](http://www.campdevacances.com).

Les séjours offerts sont de 2 semaines pour les enfants de 8 à 10 ans et de 4 semaines pour tous les enfants de 8 à 17 ans. C'est au cours de ces semaines que votre enfant aura le temps de créer des liens d'amitié durables et d'approfondir ses activités préférées.

Vous pourrez, à partir du **15 novembre 2011**, procéder à l'inscription de votre enfant en ligne sur la plateforme Amilia, disponible sur notre site web [www.campdevacances.com](http://www.campdevacances.com) or encore directement à cette adresse [www.amilia.com/camp-tekakwitha](http://www.amilia.com/camp-tekakwitha). Vous pouvez également imprimer et remplir le présent document et nous le faire parvenir par la poste, à nos bureaux de Québec.

Pour plus de détails et d'informations, n'hésitez pas à nous contacter au (418) 843-1532 ou par courriel à [ckta@campdevacances.com](mailto:ckta@campdevacances.com).

Prenez note que nous commencerons à traiter les inscriptions à compter du **15 novembre 2011** selon les règles de priorités suivantes :

- La priorité est accordée **jusqu'au 20 décembre** aux campeurs et pionniers présents à l'été 2011 et désirant la même période à l'été 2012.
- La priorité est ensuite accordée aux campeurs et pionniers des deux derniers étés **jusqu'au 15 janvier**.
- Après cette date, les inscriptions seront acceptées selon les places disponibles et sans ordre de priorité pour les anciens campeurs.

Au plaisir de vous voir l'été prochain!

*Arnaud Drolet*

Arnaud Drolet  
Adjoint à la direction, Camp Tékakwitha



# Camp Tékakwitha – Saison 2012

## 74<sup>e</sup> saison



**Secrétariat**  
707 boul. Charest ouest  
C.P. 54047, Québec  
G1N 4T1, Québec  
Qc, Canada  
Tel : (418) 843-1532

**Été**  
67 Camp Tekakwitha Rd.  
Leeds, Maine. U.S.A., 04263  
Tel : (207) 524-3101  
Fax : (207) 524-3102

Courriel en tout temps: [ckta@campdevacances.com](mailto:ckta@campdevacances.com)

Dates de séjour		
Campeurs		Pionniers
8 à 13 ans (27 jours)	8 à 10 ans (13-14 jours)	14 à 17 ans (27 jours)
25 juin au 21 juillet 22 juillet au 17 août	25 juin au 7 juillet 8 juillet au 21 juillet 22 juillet au 3 août 4 août au 17 août	25 juin au 21 juillet 22 juillet au 17 août

Frais de séjour						
	Campeur (se) 8-13 ans 27 jours		Campeur (se) 8-10 ans 13 ou 14 jours		Pionnier (ère) 14-17 ans 27 jours	
	Devise CDN	Devise USD	Devise CDN	Devise USD	Devise CDN	Devise USD
Frais d'inscription (payable à l'inscription)	150,00\$	150,00\$	150,00\$	150,00\$	150,00\$	150,00\$
Frais de pension 1 <sup>er</sup> versement (payable à l'inscription)	600,00\$	600,00\$	325,00\$	325,00\$	640,00\$	640,00\$
2 <sup>e</sup> versement (payable au plus tard le 1 <sup>er</sup> mai)	1400,00\$	1400,00\$	755,00\$	755,00\$	1490,00\$	1490,00\$
<b>Total</b>	<b>2150,00\$</b>	<b>2150,00\$</b>	<b>1230,00\$</b>	<b>1230,00\$</b>	<b>2280,00\$</b>	<b>2280,00\$</b>

**Vous pouvez également en tout temps faire une contribution à la Fondation du Camp Tékakwitha, venant en aide à de nombreux enfants chaque année. Merci d'envoyer votre chèque au nom de la Fondation du Camp Tékakwitha à nos bureaux de Québec. Un reçu pour donation vous sera transmis par la poste.**

Transport nolisé
Le camp nolise des autobus effectuant le voyage aller-retour de Québec et de Montréal. Le tarif est de <u>100 \$ CDN</u> par voyage ( <u>200 \$ CDN</u> aller-retour). Un service de transport entre le camp et l'aéroport de Portland (Maine) est également disponible. Le tarif est de <u>60,00\$ CDN</u> ou <u>60,00\$ USD</u> par voyage ( <u>120 \$ CDN</u> ou <u>120 \$ USD</u> aller-retour). Vous pouvez réserver une place en ligne sur votre compte Amilia ou encore en nous contactant directement.
Assurances voyages
Si votre enfant n'est pas couvert par une assurance voyage valide pour son séjour au camp, les frais relatifs à cette couverture seront portés à votre compte, soit <u>35 \$</u> pour un séjour de 2 semaines et <u>60 \$</u> pour un séjour d'un mois.

## Passeport et pièces d'identité

En raison des exigences du gouvernement américain, les enfants de **15 ans et moins** doivent présenter une preuve de citoyenneté canadienne (ex. : Certificat de naissance, carte de citoyenneté) pour traverser la frontière américaine. Les enfants de **16 ans et plus** doivent présenter un passeport. Tout enfant voyageant par avion devra se prémunir d'un passeport quelque soit son âge.

## Remboursement

Les frais de pension seront remboursés à 100% dans le cas d'une annulation avant le 1er mai. Dans le cas d'une annulation après le 1er mai ou dans le cas d'un départ avant la fin du séjour, le camp remboursera la moins élevée des sommes suivantes : 50% des frais de pension ou la valeur de la pension des journées non consommées. Cependant, aucun remboursement ne sera effectué en cas d'abandon ou pour raison de renvoi pour cause de comportement inacceptable (conditions de santé préexistantes, ennui, drogue, violence, vandalisme, harcèlement, etc). ou pour toute autre raison jugée non valable par les autorités du camp.

## Famille

Les familles sont nombreuses au camp et nous désirons les remercier de leur présence et de leur soutien. Ainsi, nous sommes heureux d'offrir un rabais pour les parents qui envoient plusieurs enfants au camp selon les indications suivantes.

Campeurs ou pionniers séjournant 27 jours

2<sup>e</sup> enfant : 100 \$  
3<sup>e</sup> enfant : 150 \$  
4<sup>e</sup> enfant : 200 \$

Campeurs séjournant 13 ou 14 jours

2<sup>e</sup> enfant : 50 \$  
3<sup>e</sup> enfant : 75 \$  
4<sup>e</sup> enfant : 100 \$

## Renseignements additionnels

Au Québec

Téléphone : (418) 843-1532

Au camp (à partir du 15 juin)

Téléphone : (207) 524-3101  
Fax : (207) 524-3102

En tout temps, vous pouvez nous rejoindre à l'adresse [ckta@campdevacances.com](mailto:ckta@campdevacances.com)

Pour obtenir de plus amples informations, vous pouvez nous contacter au secrétariat ou visiter notre site internet à l'adresse suivante [www.campdevacances.com](http://www.campdevacances.com)



**Camp Tékakwitha – Saison 2012**  
74<sup>e</sup> saison

**Obligatoire**

Photo  
récente

**Secrétariat**

707 boul. Charest ouest  
C.P. 54047  
G1N 4T1, Québec  
Qc, Canada  
Tel : (418) 843-1532

**Été**

67 Camp Tekakwitha Rd.  
Leeds, Maine. U.S.A., 04263  
Tel : (207) 524-3101  
Fax : (207)-524-3102

Courriel en tout temps: [ckta@campdevacances.com](mailto:ckta@campdevacances.com)

Fiche d'inscription		
Nom : _____ Prénom : _____		
Naissance : _____ Âge au camp : _____ <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> <span>Mois</span> <span>Jour</span> <span>Année</span> </div>		
Adresse : _____ Sexe : _____ <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> <span>No.</span> <span>Rue</span> </div>		
<div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> <span>Ville</span> <span>Province/État</span> <span>Code postal</span> <span>Langues : <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais</span> </div>		
École : _____ Degré scolaire : _____		
Numéro d'assurance maladie : _____		
Mère	Père	
Nom : _____ Adresse : _____ _____	Nom : _____ Adresse : _____ _____	
Courriel : _____	Courriel : _____	
Téléphone domicile : _(____)_____	Téléphone domicile : _(____)_____	
Téléphone bureau : _(____)_____	Téléphone bureau : _(____)_____	
Cellulaire : _(____)_____	Cellulaire : _(____)_____	
Assurances		
Compagnie : _____ No. de police : _____		
No. de certificat : _____ Nom du détenteur : _____		
Numéro de téléphone d'urgence de la compagnie : _____		
Indiquez la période choisie		
Campeurs	Pionniers	
8 à 13 ans (27 jours)  <input type="checkbox"/> 25 juin au 21 juillet <input type="checkbox"/> 22 juillet au 17 août	8 à 10 ans (13-14 jours)  <input type="checkbox"/> 25 juin au 7 juillet <input type="checkbox"/> 8 juillet au 21 juillet <input type="checkbox"/> 22 juillet au 3 août <input type="checkbox"/> 4 août au 17 août	14 à 17 ans (27 jours)  <input type="checkbox"/> 25 juin au 21 juillet <input type="checkbox"/> 22 juillet au 17 août

## Modalités de paiement

- ❖ 1<sup>er</sup> paiement (payable à l'inscription) :  
150,00\$ CDN ou USD (frais d'inscription non-remboursables) +  
325,00\$ CDN ou USD (séjours 2 semaines) OU  
600,00\$ CDN ou USD (campeur de 27 jours) OU  
640,00\$ CDN ou USD (pionnier de 27 jours)
  
- ❖ 2<sup>e</sup> paiement (chèque postdaté au plus tard le 1er mai 2011):  
755,00\$ CDN ou USD (séjours 2 semaines) OU  
1400,00\$ CDN ou USD (campeur de 27 jours) OU  
1490,00\$ CDN ou USD (pionnier de 27 jours)

Vous pouvez également en tout temps faire une contribution à la Fondation du Camp Tékakwitha, venant en aide à de nombreux enfants chaque année. Merci d'envoyer votre chèque au nom de la Fondation du Camp Tékakwitha à nos bureaux de Québec. Un reçu pour donation vous sera transmis par la poste.

## Remboursement

Les frais de pension seront remboursés à 100% dans le cas d'une annulation avant le 1<sup>er</sup> mai. Dans le cas d'une annulation après le 1<sup>er</sup> mai ou dans le cas d'un départ avant la fin du séjour, le camp remboursera la moins élevée des sommes suivantes : 50% des frais de pension ou la valeur de la pension des journées non consommées. Cependant, aucun remboursement ne sera effectué en cas d'abandon ou pour raison de renvoi pour cause de comportement inacceptable (conditions de santé préexistantes, ennui, drogue, violence, vandalisme, harcèlement, etc.) ou pour toute autre raison jugée non valable par les autorités du camp.

## Déclaration des parents

- J'accepte les modalités de paiement et de remboursement ci-haut décrites;
- J'affirme que le (la) candidat(e) est en bonne santé physique, mentale et morale sans contre-indication connue pouvant nuire à la vie au camp;
- J'autorise le camp à prodiguer, ou à faire prodiguer les soins nécessaires à mon enfant par tout personnel médical compétent;
- J'autorise le camp à photographier, filmer mon enfant et enregistrer ses propos pendant son séjour au camp, et ce pour des fins promotionnelles et publicitaires.

Signature : \_\_\_\_\_

## Correspondance à utiliser:

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

No

Rue

Ville

Province/état

Pays

Code postal

Courriel : \_\_\_\_\_

### Ne pas oublier S.V.P.

- 1) D'indiquer la période désirée
- 2) De signer la déclaration ci-haut
- 3) D'inclure le premier paiement (incluant les frais d'inscription)
- 4) Joindre le chèque post-daté pour le 2ème versement
- 5) D'inclure une photo récente de votre enfant



Certificat de santé – Saison 2012



À remplir par les parents

Informations générales

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Naissance : \_\_\_\_\_ Âge au camp : \_\_\_\_\_  
Mois Jour Année

Adresse : \_\_\_\_\_ Sexe : \_\_\_\_\_  
No. Rue

\_\_\_\_\_ Ville Province/État Code postal

Numéro d'assurance maladie : \_\_\_\_\_

Date de son séjour au camp : \_\_\_\_\_

Urgences

Y a-t-il un autre endroit pour vous rejoindre pendant le séjour de votre enfant au camp?

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_ Tél: \_\_\_\_\_

**En cas d'absence**, qui devons-nous rejoindre?

Nom : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

**Si votre enfant est déjà couvert par votre police d'assurance voyage personnelle, veuillez remplir impérativement la partie suivante**

Assurances

Nom de la compagnie : \_\_\_\_\_

Numéro de la police d'assurance : \_\_\_\_\_

Numéro de certificat : \_\_\_\_\_

Téléphone d'urgence : \_\_\_\_\_

Nom du détenteur de la police : \_\_\_\_\_

## Santé

### **Votre enfant a-t-il eu:**

- Varicelle (picotte)     Rougeole     Coqueluche     Oreillons     Rubéole

### **Souffre-t-il:**

- Asthme     Somnambulisme     Allergie     Maux d'oreilles     Problème intestinal  
 Épilepsie     Incontinence urinaire     Malformation cardiaque     Problème neurologique

Veillez **détailler** tout problème médical de votre enfant :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Est-il allergique à **certaines médicaments**? Si oui, **spécifiez** lesquels:

\_\_\_\_\_

Votre enfant a-t-il déjà subi une **intervention chirurgicale**? \_\_\_\_\_

**Si oui** : Date : \_\_\_\_\_ Raison : \_\_\_\_\_ Résultats : \_\_\_\_\_

Votre enfant a-t-il déjà eu une ou des **blessures graves**? \_\_\_\_\_

**Si oui** : Date : \_\_\_\_\_ Description : \_\_\_\_\_

Votre enfant a-t-il une ou des **maladies chroniques ou récurrentes**?

**Si oui** : Date : \_\_\_\_\_ Description : \_\_\_\_\_

**Votre enfant prend-il des médicaments**? \_\_\_\_\_

Si oui, spécifiez le médicament et la posologie? \_\_\_\_\_

**(Les médicaments sur ordonnance doivent être dans leur emballage original, avec la prescription et remis au dispensaire)**

**Veillez noter qu'il nous est très important de connaître la date des vaccins.**

Date de la **dernière dose d'anatoxine tétanique** (DCT ou DT) : \_\_\_\_\_

**(Si celle-ci remonte à plus de 10 ans, l'adolescent doit en recevoir une nouvelle dose.)**

Date du dernier rappel de **Polio** (Sabin) : \_\_\_\_\_

Date du dernier vaccin **Rougeole-Rubéole-Oreillons** (MMR ou RRO) : \_\_\_\_\_

Votre fille a-t-elle déjà eu ses **menstruations**?

- Oui     Non, elle n'est pas renseignée     Non, mais elle est renseignée

Y-a-t-il des considérations particulières? \_\_\_\_\_

**Si votre enfant souffre d'une allergie qui pourrait nécessiter une dose d'adrénaline (Epipen, Twin-jet), nous demandons deux doses que nous pourrions ranger à des endroits différents en cas d'urgence.**

Posologie: \_\_\_\_\_

Qui est autorisé à **conserver et administrer** ce médicament?

Enfant lui-même : \_\_\_\_\_ Moniteur de l'enfant : \_\_\_\_\_ Toute personne adulte responsable : \_\_\_\_\_

**VEUILLEZ SIGNER SI VOTRE ENFANT A UNE DOSE D'ADRÉNALINE :**

Par la présente, j'autorise les personnes désignées par le camp à administrer selon le besoin, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline \_\_\_\_\_ à mon enfant.

Signature du parent : \_\_\_\_\_

## Annexe au certificat de santé

**J'autorise** le personnel du camp à administrer à mon enfant en cas de besoin un ou plusieurs des médicaments ci-après décrits :

- Acétaminophène (Tylenol, Tempra, etc.)
- Anti-émétique (Gravol)
- Anti-histaminique qui agit entre autre contre les allergies (Bénadryl, Claritin, Allegra, Réactine, Phénergan, etc.)
- Sirops contre la toux (Bénylin, etc.)
- Anti-inflammatoire (Advil)
- Antibiotique en crème (Polysporin, Néosporin, Baciguent, etc.)
- Autres : (Médicaments qui accompagnent l'enfant à la demande des parents)

En signant la présente, j'autorise la direction du camp à prodiguer tous les soins infirmiers nécessaires. Si la direction le juge nécessaire, je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement, dans un établissement hospitalier. J'autorise le médecin choisi par les autorités du camp à prodiguer à mon enfant séjournant au camp, tous les soins médicaux requis par son état. De plus, s'il est impossible de nous joindre, j'autorise les traitements médicaux nécessaires, la pratique d'une intervention chirurgicale, l'anesthésie et l'hospitalisation.

Nom du campeur : \_\_\_\_\_

Période du séjour : \_\_\_\_\_

Signature du parent : \_\_\_\_\_

### À être rempli par le médecin – En cas d'auto-administration d'un médicament par le campeur

Nom du campeur: \_\_\_\_\_

*Cet enfant peut ou pourra s'administrer le médicament suivant :* \_\_\_\_\_

*Dans les circonstances ou fréquences suivantes :* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Important: Veuillez indiquer toutes précautions particulières à prendre:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nom du médecin : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_