

**20, 21 et 22 septembre 2024**

*Camp Papillon, 210, rue Papillon, Saint-Alphonse-Rodriguez (Québec) J0K 1W0*



Chers clients et clientes,

Vous trouverez ci-dessous le formulaire d'inscription pour le camp familial de 2024. Toutes les personnes du même groupe doivent s'inscrire sur un seul formulaire. Veuillez le remplir et le retourner avant le **vendredi 23 août 2024**. Ces renseignements sont recueillis afin de nous permettre de planifier un camp familial agréable et de répondre aux besoins des participants et participantes. Dystrophie musculaire Canada ne partagera pas ni n'utilisera à aucune autre fin vos renseignements personnels sans votre consentement. Veuillez adresser votre formulaire d'inscription complété ou toute question concernant le camp familial à :

**Dystrophie musculaire Canada**

À l'attention de : Ivy Pierre-Louis

Téléphone : 1 800 567-2873, poste 3108

Courriel : [ivy.pierre-louis@muscle.ca](mailto:ivy.pierre-louis@muscle.ca)

## CLIENT(E)

Prénom : .....

Nom : .....

Adresse : .....

Ville : ..... Province : ..... Code postal : .....

Téléphone : ..... Autre numéro : .....

Courriel : .....

## PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE :

Nom d'une personne qui ne sera pas au camp avec vous : .....

Tél. à domicile : ..... Cellulaire : .....

Lien avec le (la) client(e) : .....

## AUTORISATIONS

J'autorise Dystrophie musculaire Canada à me photographier au cours du camp familial et à utiliser ces photographies, notamment à des fins d'information, de formation, de sensibilisation et de marketing, et ce, dans tous médias.

Oui

Non

## RENSEIGNEMENTS SUR LES PARTICIPANT(E)S

Renseignements sur les participants, incluant les client(e)s. Veuillez indiquer l'âge de chacun des participants.

			F	M	Non binaire/ Autre
1. Nom : .....	Âge : .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ambulatoire	<input type="checkbox"/> Fauteuil motorisé	<input type="checkbox"/> Fauteuil manuel			
2. Nom : .....	Âge : .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ambulatoire	<input type="checkbox"/> Fauteuil motorisé	<input type="checkbox"/> Fauteuil manuel			
3. Nom : .....	Âge : .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ambulatoire	<input type="checkbox"/> Fauteuil motorisé	<input type="checkbox"/> Fauteuil manuel			
4. Nom : .....	Âge : .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ambulatoire	<input type="checkbox"/> Fauteuil motorisé	<input type="checkbox"/> Fauteuil manuel			
5. Nom : .....	Âge : .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ambulatoire	<input type="checkbox"/> Fauteuil motorisé	<input type="checkbox"/> Fauteuil manuel			

## BESOINS ALIMENTAIRES PARTICULIERS

- Repas végétariens : ..... Nombre de personnes : .....
- Allergies sévères : ..... Nombre de personnes : .....
- Autres (veuillez préciser) : ..... Nombre de personnes : .....

Veuillez indiquer pour quel(s) repas vous serez présent :

**Samedi**  Déjeuner  Dîner  Souper      **Dimanche**  Déjeuner

## HÉBERGEMENT

Veuillez indiquer pour quelle(s) nuit(s) vous avez besoin d'un hébergement :

- Vendredi soir
- Samedi soir
- Pas d'hébergement requis (présents seulement pour la journée du samedi)

