

Cet été, Fred  
t'emmène  
en vacances  
au camp  
Carowanis.

## PROGRAMMES OFFERTS À L'ÉTÉ 2019 ET FORMULAIRE

### D'INSCRIPTION



"Au camp, je me suis fait des amis pour la vie."

"Au camp, j'ai appris à m'injecter seul."

"Au camp, j'ai développé ma confiance en moi."

"Au camp, j'ai découvert que je n'étais pas seul à vivre avec le diabète."

UN CAMP POUR ENFANTS DIABÉTIQUES  
**CAMP CAROWANIS**  
A CAMP FOR DIABETIC CHILDREN

**INSCRIVEZ-VOUS D'ICI LE 20 JUIN!**

NOUS CONTACTER:

306, rue St-Zotique Est, suite 100, Montréal, QC, H2S 1L6

Téléphone: 514-731-9683 / Sans frais: 1-800-731-9683

Télécopieur: 514-731-2683 / [www.diabete-enfants.ca](http://www.diabete-enfants.ca)

Courriel : [carowanis@diabete-enfants.ca](mailto:carowanis@diabete-enfants.ca)

# DÉCOUVREZ LE CAMP CAROWANIS!

Situé à Ste-Agathe-des-Monts, le camp Carowanis a pour principale mission d'encourager les jeunes à devenir plus autonomes et rigoureux dans la gestion de leur diabète et ce, dans un cadre stimulant et amusant où activités sportives, récréatives et sociales sont toujours au rendez-vous!



Les occasions d'apprentissage, d'échange et de partage sont multiples et les jeunes réalisent alors qu'ils ne sont pas seuls à vivre avec le diabète. Pour plusieurs d'entre eux, vivre un séjour au Camp Carowanis, c'est l'occasion idéale pour tisser des amitiés précieuses et durables, qui vont au-delà de la langue, de la culture ou du statut social.

Tout au long de leur séjour, les campeurs sont supervisés par une équipe médicale présente sur le site, 24 heures sur 24, où médecins, infirmières et nutritionniste veillent à la gestion quotidienne de leur diabète. Chaque enfant bénéficie donc de soins adaptés et personnalisés pour le contrôle de son diabète ainsi que pour sa santé en général.



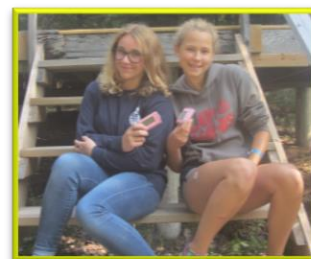
Une saine alimentation, appuyée par sa compréhension, constitue un élément essentiel au bon contrôle du diabète. C'est dans cette optique que le camp offre aux campeurs des menus santé, approuvés par une nutritionniste chevronnée afin d'offrir des repas respectant le plan alimentaire de chacun. Lors des repas, une étudiante en nutrition vérifie le contenu de chaque assiette et participe à l'apprentissage que font chacun des campeurs.



Responsable d'organiser les jeux et les activités, l'équipe d'animation, formée et encadrée, s'assure également que chaque campeur vive un séjour inoubliable dans un environnement sain, favorisant son épanouissement et son bien-être. Puisque la majorité des animateurs sont d'anciens campeurs, ils font tout en leur pouvoir pour transmettre à leur tour ce que Carowanis leur a généreusement offert! Le dynamisme de l'équipe, son énergie, son entrain et son professionnalisme font en sorte que les jeunes repartent à la maison avec des souvenirs magiques...pour la vie!

## **Programme 2 semaines**

Tout au long de l'été, les jeunes âgés de 8 à 16 ans sont invités à participer à l'une des trois sessions, d'une durée deux semaines chacune. De nombreuses activités sportives et culturelles sont au rendez-vous pour tous, de même que des excursions supervisées, en canot et en vélo, pour les jeunes de 14 à 16 ans. Un séjour à Carowanis permet aux jeunes DT1 de se surpasser, de briser l'isolement, de tisser de précieux liens et s'outiller pour la vie.



## **Programme 1 semaine**

Offert aux enfants âgés de 7 à 12 ans, ce séjour d'une semaine leur permet de découvrir le camp à leur rythme et en toute sécurité, sans toutefois être séparés de leurs parents sur une longue période. Animés par une équipe hors pair, ces jeunes découvriront la magie du camp et la grande famille Carowanis en réalisant une panoplie d'activités - adaptées à chaque groupe d'âge - telles que le parcours d'hébertisme, les nuits à la belle étoile et les heures passées à la plage!



VEUILLEZ SÉLECTIONNER LA SESSION À LAQUELLE VOTRE ENFANT PARTICIPERA.

✓	SESSIONS POUR LES ENFANTS AGÉS DE 7 A 16 ANS AU 1 <sup>ER</sup> JUILLET 2019	
<input type="checkbox"/>	<b>SESSION 1 (8 A 16 ANS)</b>	Lundi 1 <sup>er</sup> juillet au Vendredi 12 juillet 2019
<input type="checkbox"/>	<b>SESSION 2 (8 A 16 ANS)</b>	Lundi 15 juillet au Vendredi 26 juillet 2019
<input type="checkbox"/>	<b>1 SEMAINE - SEJOUR #1 (7 A 12 ANS)</b>	Lundi 15 juillet au Samedi 20 juillet 2019
<input type="checkbox"/>	<b>1 SEMAINE - SEJOUR #2 (7 A 12 ANS)</b>	Dimanche 21 juillet au Vendredi 26 juillet 2019
<input type="checkbox"/>	<b>SESSION 3 (8 A 16 ANS)</b>	Lundi 29 juillet au Vendredi 9 août 2019
<input type="checkbox"/>	<b>LEADERS (16 ANS)</b>	Lundi 1 <sup>er</sup> juillet au Vendredi 9 août 2019

**1. RENSEIGNEMENTS CAMPEUR**

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

Sexe :  F  MDate de naissance : \_\_\_\_\_ Âge au 1<sup>er</sup> juillet 2019 : \_\_\_\_\_Adresse principale :  Avec les deux parents  Avec le père/tuteur  Avec la mère/tutrice

No assurance maladie (RAMQ) : \_\_\_\_\_ Date d'exp. : \_\_\_\_\_

Langue(s) parlée(s) :  Français  Anglais  Autre : \_\_\_\_\_**2. RENSEIGNEMENTS PÈRE/TUTEUR**

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_ Compagnie : \_\_\_\_\_

Adresse résidence: \_\_\_\_\_

Ville (Province): \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Téléphone 2 : \_\_\_\_\_

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

**3. RENSEIGNEMENTS MÈRE/TUTRICE**

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_ Compagnie : \_\_\_\_\_

Adresse résidence : \_\_\_\_\_

Ville (Province): \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Téléphone 2 : \_\_\_\_\_

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

**4. ÉMISSION DU RELEVÉ 24 -** Frais de garde, déductibles d'impôts pour les frais de camp

Nom : \_\_\_\_\_ No assurance sociale : \_\_\_\_\_

**5. EN CAS D'URGENCE - AUTRES CONTACTS - OBLIGATOIRES**

Indiquez le nom de deux personnes que nous pourrions contacter en cas d'urgence si les parents ne peuvent être rejoints.

Personne 1: \_\_\_\_\_ Personne 2 : \_\_\_\_\_

Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_ Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

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

Téléphone (autre) : \_\_\_\_\_ Téléphone (autre) : \_\_\_\_\_

Initiales : \_\_\_\_\_

(Mère / Père / Tuteur Légal)

## INFORMATIONS SUR L'ENFANT

Ces informations demeurent confidentielles et n'influencent pas l'acceptation de votre enfant au camp.

Prénom et nom du campeur : \_\_\_\_\_

### 1. EXPÉRIENCE DE CAMP

Fin de semaine au Camp Carowanis :  NON  OUI, années : \_\_\_\_\_  
 Sessions au Camp Carowanis :  NON  OUI, années : \_\_\_\_\_  
 Autre camp  NON  OUI, années : \_\_\_\_\_

### 2. PROFIL DE L'ENFANT

Votre enfant présente-t-il/elle certains de ces comportements : fugue, violence, langage abusif, etc ?

NON  OUI

Si oui, décrivez le problème et comment la situation est gérée à la maison : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

	NON	OUI	Commentaires
<u>Votre enfant veut-il/elle aller au camp?</u>	<input type="checkbox"/> *	<input type="checkbox"/>	* _____
Reconnaît-il/elle ses symptômes d'hypoglycémie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Est-il/elle somnambule?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
A-t-il/elle de la difficulté à se séparer de sa famille?	<input type="checkbox"/> *	<input type="checkbox"/>	* _____
Mouille-t-il/elle son lit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Quels sont les passe-temps favoris de votre enfant ? **Veillez mettre le plus d'information possible afin que l'intégration de votre enfant se fasse plus facilement :**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sur quels aspects de la gestion du diabète désirez-vous que nous portions une attention particulière avec votre enfant lors de son séjour au camp (Ex : Décompte des glucides, s'injecter seul, préparation des injections, changement de cathéter, etc.) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ajoutez les informations que vous croyez utiles concernant votre enfant (changement de situation familiale, séparation, divorce, perte d'emploi, naissance, décès, etc.) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 3. POLITIQUE PHOTO

À titre de parent et/ou de tuteur (tutrice), j'autorise Camp Carowanis et/ou Fred (la Fondation ressources pour enfants diabétiques) à prendre des photos et/ou vidéos durant les activités du camp et à utiliser ce matériel en tout ou en partie à des fins promotionnelles ou informatives, telles que des brochures, des revues, la télévision, le site internet, etc. Tout le matériel demeurera la propriété de Camp Carowanis INC.

NON

OUI

Initiales : \_\_\_\_\_

(Mère / Père / Tuteur Légal)

## PLAN ALIMENTAIRE 2019

Prénom et nom du campeur : \_\_\_\_\_

Pour les enfants qui, à la maison, calculent leurs doses d'insuline en fonction de ratios, il est possible de continuer de le faire au camp. Par contre, la quantité de glucides aux collations doit être fixe.

Pour ceux ayant des repas au nombre de glucides fixe, veuillez nous inscrire la quantité de glucides pour chacun.

Le plan alimentaire pourra être revu avec les étudiant(e)s en nutrition, selon l'appétit de l'enfant.

DIABÉTIQUE :  OUI  NONPOMPE À INSULINE :  OUI  NON

DÉJEUNER	DÎNER	SOUPER
<input type="checkbox"/> Décompte à chaque déjeuner <b>OU</b> <input type="checkbox"/> Quantité de glucides fixe : _____ g	<input type="checkbox"/> Décompte à chaque dîner <b>OU</b> <input type="checkbox"/> Quantité de glucides fixe : _____ g	<input type="checkbox"/> Décompte à chaque souper <b>OU</b> <input type="checkbox"/> Quantité de glucides fixe : _____ g
COLLATION AVANT-MIDI	COLLATION APRÈS-MIDI	COLLATION SOIR
<input type="checkbox"/> Enfant sous pompe <b>OU</b> <input type="checkbox"/> Quantité de glucides fixe : _____ g	<input type="checkbox"/> Enfant sous pompe <b>OU</b> <input type="checkbox"/> Quantité de glucides fixe : _____ g	<input type="checkbox"/> Enfant sous pompe <b>OU</b> <input type="checkbox"/> Quantité de glucides fixe : _____ g

Votre enfant a-t-il/elle des allergies ou intolérances alimentaires, diagnostiquées par un professionnel de la santé?

(ex : arachides/noix, lactose, gluten, etc.)  OUI  NON

Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

NB. Veuillez noter qu'il y a du beurre d'arachides dans la salle à manger et à l'infirmerie. Tous les efforts sont faits afin de protéger les enfants ayant une allergie. Cependant, votre enfant doit savoir qu'il ne doit jamais partager ses ustensiles avec les autres campeurs et qu'il doit transporter son Epipen **en tout temps**.

\*Si votre enfant à une alimentation particulière (excluant les allergies alimentaires), veuillez approvisionner le camp avec les repas en conséquence et les apporter lors de la première journée du camp. Il nous est impossible de satisfaire tous les types d'alimentation!

Initiales : _____ (Mère / Père / Tuteur Légal)
---------------------------------------------------

## INFORMATIONS SUR LE DIABÈTE 2019

Prénom et nom du campeur : \_\_\_\_\_

**1. DIABÈTE** TYPE 1       TYPE 2       NON DIABÉTIQUE

Date du diagnostic (mm/aa) : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Date de la dernière convulsion (mm/aa) : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_       Jamais

Médecin traitant en diabète : \_\_\_\_\_      Hôpital: \_\_\_\_\_

**2. INSULINE**

LILLY	NOVO NORDISK	AVENTIS	AUTRE
<input type="checkbox"/> Humalog	<input type="checkbox"/> Novo Rapid	<input type="checkbox"/> Apidra	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> U200 Humalog	<input type="checkbox"/> NPH	<input type="checkbox"/> Lantus	
<input type="checkbox"/> Basaglar	<input type="checkbox"/> Levemir	<input type="checkbox"/> Toujeo	
<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Fiasp		
	<input type="checkbox"/> Tresiba		

 SERINGUES STYLO INJECTEUR POMPE À INSULINE**3. POMPE À INSULINE**

Notez que les enfants sous pompe doivent avoir un minimum de 4 semaines d'expérience avant leur arrivée au camp.

Date de début avec la pompe : \_\_\_\_\_

Modèle :  Animas     Medtronic VEO     Medtronic 630     Medtronic 670G     Omnipod  
 Tandem T:slim     Autre : \_\_\_\_\_

No de série : \_\_\_\_\_

Type de cathéter : \_\_\_\_\_      Grosseur du réservoir : \_\_\_\_\_

Longueur de la canule : \_\_\_\_\_      Longueur de tubulure : \_\_\_\_\_

**4. LECTEUR DE GLYCÉMIE EN CONTINU**Votre enfant utilisera t'il l'un de ces lecteurs de la glycémie en continu **AU CAMP ?**

Si oui, veuillez cocher le lecteur qu'il utilisera.

 Dexcom G4       Dexcom G5       Enlite       Guardian (670G)       FreestyleÊtes-vous intéressé à recevoir de l'information concernant un programme de recherche sur le diabète qui se déroulera possiblement sur le site du camp cet été?  Oui       Non

Veuillez fournir la pompe ainsi que ses accessoires, tels que les réservoirs, les cathéters, les piles, etc. Les cathéters sont changés tous les deux ou trois jours (selon votre préférence) et au besoin. Apportez plus de matériel que nécessaire ; tout sera entreposé à l'infirmerie et le matériel non utilisé vous sera remis au départ du camp.

**N.B.** Le personnel médical se réserve le droit de retirer la pompe et de prescrire l'insulinothérapie traditionnelle par injections si la pompe représente un risque pour le campeur.

Initiales : \_\_\_\_\_

(Mère / Père / Tuteur Légal)

## INFORMATIONS ET AUTORISATION MÉDICALE 2019

Prénom et nom du campeur : \_\_\_\_\_

**1. SANTÉ GLOBALE****Quelles sont les plus récentes mensurations de votre enfant?**

Poids : \_\_\_\_\_ KILOGRAMMES

Taille : \_\_\_\_\_ METRES

**Quelle est la dernière Hémoglobine Glyquée (HbA1c) de votre enfant ? \_\_\_\_\_ (Date)\_\_\_\_\_**

<b>Votre enfant a-t-il/elle l'un des troubles suivants?</b>	<b>NON</b>	<b>OUI</b>	<b>Précisez SVP</b>
Asthme ou problèmes respiratoires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Épilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Trouble du déficit d'attention (TDA/H)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Autre problème de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	* _____
<b>Allergie (médicaments, insectes, autres)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<b>Utilise-t-il/elle un Epipen ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	* SVP l'apporter au camp

**2. AUTORISATION MÉDICALE**

J'autorise le Camp Carowanis à administrer les médicaments suivants si besoin.

	<b>NON</b>	<b>OUI</b>
• Acétaminophène (ex. Tylenol)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Anti-inflammatoire (ex. Advil, Motrin, Naproxen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Antihistaminique (ex. Bénéadryl, Réactine)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Anti-nauséeux (Ex. Gravol)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

J'autorise les membres du personnel de Camp Carowanis à prodiguer à mon enfant les soins de santé nécessaires et à retirer mon enfant du camp pour l'amener à l'hôpital en cas d'urgence.  NON  OUI**3. AUTRES MÉDICAMENTS\***

Indiquez ici si votre enfant prend des médicaments qui devront lui être administrés au camp. Vous acceptez automatiquement que l'équipe médicale les lui administre durant son séjour au camp.

Nom : \_\_\_\_\_ Dose : \_\_\_\_\_ Horaire : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Dose : \_\_\_\_\_ Horaire : \_\_\_\_\_

\* Nous recommandons l'utilisation du système *Dispill™* pour les médicaments de prescriptions. Vous devez fournir suffisamment de médicaments pour la durée du séjour, sans quoi tout achat **vous sera facturé.****4. VACCINS REÇUS**

<b>Selon le carnet de santé de l'enfant</b>	<b>NON</b>	<b>OUI</b>	<b>Année</b>
Tétanos (DTC, Td, Quadracel, DaCT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hépatite B (Engerix, Recombivax, Twinrix)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

**5. CONSULTATION PROFESSIONNELLE**Votre enfant consulte-t-il/elle un psychiatre, un psychologue ou un travailleur social?  NON  OUI

Raisons des consultations : \_\_\_\_\_

Nom du professionnel : \_\_\_\_\_ Numéro de tel. : \_\_\_\_\_

Permission de le consulter :  NON  OUI

Signature de l'enfant (si 14 ans et +) : \_\_\_\_\_

J'ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SONT CONFORMES. JE M'ENGAGE À INFORMER L'ÉQUIPE MÉDICALE DE TOUT CHANGEMENT SURVENU AVANT LE SÉJOUR DE MON ENFANT AU CAMP.

Initiales : \_\_\_\_\_

(Mère / Père / Tuteur Légal)

## TRANSPORT 2019

<b>SESSION RÉGULIÈRE</b> <input type="checkbox"/> Session 1 <input type="checkbox"/> Session 2 <input type="checkbox"/> Session 3	<b>ALLER</b> <b>(LUNDI 1er JUILLET <input type="checkbox"/>, LUNDI 15 JUILLET <input type="checkbox"/>, LUNDI 29 JUILLET <input type="checkbox"/>)</b> <input type="checkbox"/> Je conduirai mon enfant au camp <input type="checkbox"/> Mon enfant prendra l'autobus pour aller au camp (8h30) → 50 \$
	<b>RETOUR</b> <b>(VENDREDI 12 JUILLET <input type="checkbox"/>, VENDREDI 26 JUILLET <input type="checkbox"/>, VENDREDI 9 AOÛT <input type="checkbox"/>)</b> <input type="checkbox"/> J'irai chercher mon enfant au camp (entre 9h et 10h) <input type="checkbox"/> Mon enfant prendra l'autobus pour revenir du camp (10h30) → 50 \$
<b>SÉJOUR 1 SEMAINE</b> <input type="checkbox"/> # 1 <input type="checkbox"/> # 2	<b>LUNDI 15 JUILLET</b> <input type="checkbox"/> Je conduirai mon enfant au camp <input type="checkbox"/> Mon enfant prendra l'autobus pour aller au camp (8h30) → 50 \$ <b>SAMEDI 20 JUILLET</b> <input type="checkbox"/> Je conduirai mon enfant au camp *Aucun transport en autobus n'est disponible pour le départ du séjour #1 <b>DIMANCHE 21 JUILLET</b> <input type="checkbox"/> Je conduirai mon enfant au camp *Aucun transport en autobus n'est disponible pour l'arrivée du séjour #2 <b>VENDREDI 26 JUILLET</b> <input type="checkbox"/> J'irai chercher mon enfant au camp (entre 9h et 10h) <input type="checkbox"/> Mon enfant prendra l'autobus pour revenir du camp (10h30) → 50 \$
<b>LEADERS</b>	<b>ALLER</b> <b>(LUNDI 1er JUILLET <input type="checkbox"/>, LUNDI 29 JUILLET <input type="checkbox"/>)</b> <input type="checkbox"/> Je conduirai mon enfant au camp <input type="checkbox"/> Mon enfant prendra l'autobus pour aller au camp (8h30) → 50 \$
	<b>RETOUR</b> <b>(VENDREDI 26 JUILLET <input type="checkbox"/>, VENDREDI 9 AOÛT <input type="checkbox"/>)</b> <input type="checkbox"/> J'irai chercher mon enfant au camp (entre 9h et 10h) <input type="checkbox"/> Mon enfant prendra l'autobus pour revenir du camp (10h30) → 50 \$

L'autobus partira du bureau du Camp Carowanis à Montréal, à 9h30. Vous devez vous présenter à 8h30 pour compléter le dossier de l'enfant auprès de l'infirmière. Les enfants sont sous votre responsabilité jusqu'au départ de l'autobus.

Au retour, l'autobus revient à Montréal vers 10h30.

**Veillez communiquer avec nous si les personnes qui viendront chercher l'enfant ne sont pas celles inscrites comme parent/tuteur légal dans ce formulaire.**

Initiales : \_\_\_\_\_  
(Mère / Père / Tuteur Légal)



## POLITIQUE FRAIS DE CAMP 2019

*Chers parents, Camp Carowanis a besoin de vous !*

Pour nous permettre de maintenir notre politique d'accepter tous les enfants qui vivent avec le diabète de type 1, de toutes les régions du Québec, nous devons développer une structure de frais de camp qui nous aidera à couvrir les coûts réels des séjours et les frais des familles qui disposent d'un plus petit budget. Nous comprenons que nos familles ont des budgets différents.

Le fardeau financier du camp est énorme et les standards de qualité des soins, de l'alimentation et de supervision ne peuvent pas et ne seront pas compromis. Comme vous, nous visons une expérience unique, lors de laquelle votre enfant découvrira de nouvelles activités, se fera de nouveaux amis et ce, en toute sécurité. Nous le répétons : aucun des standards élevés de Camp Carowanis ne peut être compromis.

Soyez assurés que, peu importe le palier de frais de camp que vous déboursez, cela n'a absolument aucun impact sur l'extraordinaire expérience que votre enfant vivra à Carowanis.

Sachez que même le palier 1 couvre à peine la moitié des coûts réels du séjour d'un campeur. *Sans la contribution annuelle de Fred (La Fondation ressources pour enfants diabétiques) et de ses généreux partenaires, Camp Carowanis devrait cesser ses activités.*

S'il vous plaît, choisissez le palier que votre famille peut réellement déboursier | Et si vous le pouvez, songez à parrainer un autre enfant. Merci d'y penser...?

Nous apprécions sincèrement votre support afin de nous permettre d'offrir une expérience de camp unique, en toute sécurité, à tous nos enfants qui vivent avec le diabète de type 1. C'est ce que Camp Carowanis fait depuis 60 ans et espère continuer à faire, avec votre aide...

**N.B. :** Si le palier 1 représente un défi pour vous et votre famille, n'hésitez pas à compléter le formulaire

« Demande d'aide financière » prévu dans le processus d'inscription.



Danielle Brien  
Directrice générale



FONDATION  
RESSOURCES  
POUR LES  
ENFANTS  
DIABÉTIQUES

## FRAIS DE CAMP 2019 – PALIERS

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

Le **coût réel** d'un séjour au Camp Carowanis est de **3 000 \$** par enfant. **Fred** étant notre principal supporteur, nous vous remercions de soutenir ses nombreux projets et initiatives, en plus de son inlassable dévouement pour le bénéfice de nos enfants diabétiques et de leur famille !

Camp Carowanis bénéficie également de dons de particuliers et de subventions gouvernementales. L'industrie pharmaceutique supporte également le camp en approvisionnant l'infirmerie Belmonte en insuline et en matériel relatif au diabète, depuis près de 60 ans. Ils ont fait et font toujours toute une différence dans la survie du camp !

**Votre don** nous aidera à accueillir un enfant dont la famille ne peut payer la totalité des frais de camp.

Merci de faire équipe avec nous pour d'offrir à un jeune diabétique l'opportunité unique de s'amuser et de finalement rencontrer des gens qui partagent les mêmes défis que lui, au quotidien. Toutes les sommes versées à titre de don seront reconnues par l'émission d'un **reçu officiel aux fins d'impôt**.

Veuillez noter que les frais de camp sont admissibles au Relevé 24 (*frais de garde d'enfants*).

	RÉSIDENT DU QUÉBEC			RÉSIDENT HORS-QUÉBEC		
	7 à 12 ans (6 jours)	8 à 16 ans (12 jours)	16 ans (6 semaines)	7 à 12 ans (6 jours)	8 à 16 ans (12 jours)	16 ans (6 semaines)
<b>Frais d'inscription</b>	195\$			200\$		
<b>FRAIS DE CAMP</b>						
<b>PALIER #1</b>	550\$	1 050\$	2 225\$	660\$	1 280\$	2 425\$
<b>PALIER #2</b>	600\$	1 150\$	2 500\$	710\$	1 380\$	2 700\$
<b>PALIER #3</b>	650\$	1 250\$	2 750\$	760\$	1 485\$	2 950\$

**Nous vous remercions de contribuer au coût réel d'un séjour et de maintenir l'accessibilité au camp.**

- Je paierai les frais de camp du palier #1
- Je paierai les frais de camp du palier #2
- Je paierai les frais de camp du palier #3
- Je ferai également un don de \_\_\_\_\_ \$

## FACTURE

Frais d'inscription ( <b>non remboursables et obligatoires</b> ) :	___ 195 ___ \$
Frais de transport (50 \$ aller <b>ET</b> 50 \$ retour) :	+ _____ \$
Tuck ( <i>facultatif - argent de poche pour le petit magasin</i> ) :	+ _____ \$
<b>SOUS-TOTAL :</b>	= _____ \$
Frais de camp ( <i>admissible au relevé 24</i> ):	+ _____ \$
Don - Merci! :	+ _____ \$
<b>TOTAL :</b>	= _____ \$

**Une facture vous sera envoyée par courriel lorsque l'inscription aura été traitée.**

Signature : _____	Date : _____
(Mère / Père / Tuteur Légal)	(Jour) (Mois) (Année)

## MODALITÉS DE PAIEMENT 2019

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

## NOMBRE DE VERSEMENTS

 1 versement     3 versements     6 versements     12 versements

 Autre : \_\_\_\_\_

## MODALITÉS DE PAIEMENT

 VISA ou  Mastercard

Nom sur la carte : \_\_\_\_\_

No de carte : \_\_\_\_\_ Exp. : \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Code de sécurité: \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

Les 3 chiffres derrière votre carte de crédit

Fréquence du paiement (ex. 1 x mois) : \_\_\_\_\_

Montant : \_\_\_\_\_ \$

 Chèque, mandat ou traite bancaire  
Payable au nom de Camp Carowanis Inc.

 Argent comptant  
Un reçu sera émis. **Ne pas envoyer d'argent par la poste.**

\*\* VEUILLEZ FAIRE PARVENIR VOTRE FORMULAIRE AVEC LES FRAIS D'INSCRIPTION (195\$) (CHÈQUE OU CARTE DE CRÉDIT)

## DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE

Camp Carowanis peut offrir une subvention totale ou partielle aux familles dont l'enfant ne s'inscrirait pas au camp faute de moyens financiers. N'hésitez pas à faire la demande d'un formulaire d'aide financière si cette situation s'adresse à vous ! Sur réception du formulaire CONFIDENTIEL complété, nous serons en mesure de vous confirmer le montant de la subvention allouée.

Nous vous encourageons fortement à contacter des organismes régionaux souvent enclins à aider nos jeunes campeurs.

 Je ferai moi-même les démarches auprès d'autres organismes.

 Je souhaite faire une demande d'aide financière.

Vous pouvez contacter Janie Bédard pour avoir plus d'informations sur les moyens de financement. 514-731-9683 poste 223 ou [jbedard@diabete-enfants.ca](mailto:jbedard@diabete-enfants.ca)

## POLITIQUE D'ANNULATION

Les frais d'inscription sont non-remboursables. Si votre enfant doit quitter le camp pour des raisons médicales ou pour des difficultés liées à son comportement, nous ne rembourserons que les journées non-utilisées.

Association des  
camps du Québec

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

(Mère / Père / Tuteur Légal)

(Jour) (Mois) (Année)