



DEMANDE DE PERMIS DE CAMP

IDENTIFICATION

<input type="checkbox"/> Bande	<input type="checkbox"/> Meute	<input type="checkbox"/> Poste		
<input type="checkbox"/> Colonie	<input type="checkbox"/> Club	<input type="checkbox"/> Carrefour		
<input type="checkbox"/> Réseau	<input type="checkbox"/> Troupe			
<input type="checkbox"/> Printemps <input type="checkbox"/> Automne <input type="checkbox"/> Hiver <input type="checkbox"/> Été	Camp <input type="checkbox"/> mobile <input type="checkbox"/> fixe	Hébergement <input type="checkbox"/> Chalet <input type="checkbox"/> Tente <input type="checkbox"/> Abri <input type="checkbox"/> Autre	Chauffage <input type="checkbox"/> Électricité <input type="checkbox"/> Gaz <input type="checkbox"/> Bois <input type="checkbox"/> autre	Nombre de jeunes :
<u>Nom du groupe :</u>		<u>Nom de l'unité :</u>		

LIEU

Date du camp	
Endroit	
Adresse	
Téléphone	
Propriétaire du site	
Terrain visité personnellement	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Le propriétaire a une assurance responsabilité	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Permission obtenue	Creuser des trous <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	Couper du bois <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	Faire des feux <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

SÉCURITÉ

Nom de la clinique ou centre hospitalier		
Adresse		
Heures d'ouverture	Urgence	
Adulte possédant un brevet activités d'hiver		
Adulte formé en premiers soins		
Formation	<input type="checkbox"/> Stage secouriste de la Montérégie <input type="checkbox"/> Secouriste général de la Croix-Rouge <input type="checkbox"/> Secouriste combiné de l'Ambulance St-Jean <input type="checkbox"/> Patrouilleur de ski <input type="checkbox"/> Sauveteur (SUA) <input type="checkbox"/> Autres :	<u>Dans l'éventualité d'une formation autre</u> Approuvé par :
Date d'expiration		

NUMÉROS DE TÉLÉPHONE IMPORTANT

Coordonnateurs :	
Parent responsable de l'unité :	
Responsable de secteurs :	
Police :	
Pompier :	
Ambulance :	

ÉQUIPE D'ANIMATION

Animateur (trice) responsable :	Âge :
Adresse :	Téléphone :
Animateur (trice) :	Âge :
Adresse :	Téléphone :
Animateur (trice) :	Âge :
Adresse :	Téléphone :
Animateur (trice) :	Âge :
Adresse :	Téléphone :
Animateur (trice) :	Âge :
Adresse :	Téléphone :
Animateur (trice) :	Âge :
Adresse :	Téléphone :
Animateur (trice) :	Âge :
Adresse :	Téléphone :

AUXILIAIRES

Nom :	Âge :
Adresse :	Téléphone :
Fonction attribuée :	Nb. de jours présents :
Nom :	Âge :
Adresse :	Téléphone :
Fonction attribuée :	Nb. de jours présents :
Nom :	Âge :
Adresse :	Téléphone :
Fonction attribuée :	Nb. de jours présents :
Nom :	Âge :
Adresse :	Téléphone :
Fonction attribuée :	Nb. de jours présents :
Nom :	Âge :
Adresse :	Téléphone :
Fonction attribuée :	Nb. de jours présents :

AUTORISATIONS

Signature du responsable de secteur _____ date _____

PERMIS ACCORDÉ PAR :

Signature du coordonnateur (trice) _____ date _____