

## 1. Information générale

Nom  Date de naissance

Prénom   Garçon  Fille

La résidence actuelle  Parent  Famille d'accueil  R.I.  RTF  CHSLD  Autre

Adresse  Appartement

Ville  Province  Code postal

Téléphone

Courriel

Nom et prénom du 1<sup>er</sup> parent

Tél. maison  Tél. bureau  Cellulaire

Nom et prénom du 2<sup>e</sup> parent

Tél. maison  Tél. bureau  Cellulaire

Personnes ressources à contacter pour informations ou urgences autres que les 2 parents mentionnés ci-haut.

1<sup>ère</sup> personne  Lien  Téléphone

2<sup>e</sup> personne  Lien  Téléphone

3<sup>e</sup> personne  Lien  Téléphone

Est-ce une première expérience en séjour familial  Non  Oui

Aux fins de promotions, acceptez-vous que le Grand Village utilise des photographies ou des images vidéos du campeur lors de son séjour? (Le Grand Village assure un suivi de la production afin que les documents respectent l'intimité et la dignité de l'individu.)  Non  Oui

Prénom et nom de l'intervenant(e) / trav. social(e)  Téléphone

Référence (ex: CRDI, CUISSS...)

Ratio animateur / campeur  1 pour 1  1 pour 2  1 pour 3

Il/elle vit avec  DI  DP  Poly-handicap  TSA

## 2. Autonomie

Il/elle peut participer à la baignade  Non  Oui  
Il/elle a besoin d'une veste de flottaison  Non  Oui

Il/elle peut faire du trampoline\*  Non  Oui

Il/elle peut faire de l'équitation\*  Non  Oui

\* Les séances d'équitation et de trampoline sont adaptées à toutes nos clientèles. Le Grand Village possède l'équipement et le personnel pour que le déroulement soit sécuritaire et amusant.

Alimentation (autonomie)  Seul(e)  Avec aide  On doit le(la) nourrir

Il/elle a besoin d'aide technique à l'alimentation  Non  Oui

Ex: rebord d'assiette, anti-dérappant, cuillère adaptée, gobelet, plateau surélevé... Mentionnez-les tous.

Si oui, lesquels

Alimentation (particularité)  Normale  Coupé  Coupé finement  
 Purée texturée  Purée lisse  Gavage

Les liquides doivent être épaissis  Non  Oui

Diète particulière  Non  Oui  
Ex: sans sucre, faible en protéine...

Si oui, expliquez

Sa compréhension est  Excellente  Suffisante  Moyenne  Faible

Il/elle s'exprime  Normalement  Avec difficulté  Peu  Par geste  
 Ne s'exprime pas  Pictogramme  Tableau de communication

Il/elle exprime ses besoins  Toujours  À l'occasion  Jamais

Il/elle se déplace  Seul(e)  Fauteuil manuel  Marche accompagné(e)  
 Canne ou béquille  Fauteuil électrique  Marchette ou déambulateur

Il/elle se transfert  Seul(e)  Avec aide  À 2 pers.  Lève-personne

Il/elle porte  Orthèse  Prothèse  Lunettes  Dentier

Son audition est  Excellente  Faible  Appareil auditif

Sa vue est  Excellente  Suffisante  On doit guider  Faible

Il/elle se lave  Seul  Avec supervision  On doit laver  Avec aide  
Préfère  Bain  Douche

Il/elle se brosse les dents  Seul(e)  Avec supervision  Avec aide  
 On doit les brosser  Pas de dent

Il/elle porte des culottes d'incontinence  Jamais  Nuit seulement  Toujours

Il/elle s'habille  Seul(e)  Avec supervision  On doit l'habiller  Avec aide

Il/elle a besoin d'un côté de lit  Non  Oui

### 3. Comportement

Il/elle a des troubles de comportement

Non  Oui Si oui, expliquez et nommez les interventions à privilégier

L'utilisation d'un renforçateur est-il efficace (ex: nourriture, collants, tableau d'émulation, etc.)

Non  Oui Si oui, expliquez

Est-il(elle) éveillé(e) à la sexualité

Non  Oui Si oui, expliquez

A-t-il(elle) des réactions marquées

À certaines textures (aliments)  Au toucher  
 Au bruit  Autre

Si oui, lesquels

A-t-il(elle) des rigidités (alimentaires, spatio-temporelles...)

Non  Oui Si oui, expliquez

Quelles sont ses activités préférées

Quelles sont les activités qui pourraient être problématiques

Informations supplémentaires (Inscrire toutes autres informations susceptibles d'aider le Grand Village)

# Fiche médicale

À l'usage exclusif des préposés aux soins et de la direction. Ces informations sont confidentielles.

Nom  Prénom

Il/elle vit avec  DI  DP  Multi-handicap  TSA

**Afin d'éviter toutes complications, les campeurs du Grand Village doivent apporter:**

- les médicaments en quantité suffisantes pour la durée du séjour (Dosette obligatoire)
- des culottes d'incontinence (s'il y a lieu) pour la durée du séjour (Minimum 5 par jour s'il/elle en porte en tout temps)
- leur crème solaire (protection 30 et plus)
- une trousse de glycémie complète incluant les bandelettes (pour les diabétiques)

Numéro d'assurance maladie  Date d'expiration

Poids  Grandeur

Il/elle a-t-il été hospitalisé(e) dans les 12 derniers mois  Non  Oui Si oui, expliquez

Il/elle a-t-il/elle été vacciné(e) contre l'hépatite B  Non  Oui

Il/elle est-il/elle porteur(se) ou souffre-t-il/elle de l'hépatite B  Non  Oui

Il/elle a-t-il/elle été vacciné contre le tétanos  Non  Oui

Il/elle a-t-il/elle tendance à développer des plaies de pression  Non  Oui

Prend-il des médicaments  Non  Oui

**Si oui, bien vouloir remplir la feuille de posologie en annexe et la remettre aux préposés aux soins lors de votre arrivée avec la carte d'assurance maladie et la dosette contenant la médication du campeur pour la durée du répit.**

**Autorisation d'administration de médicaments en vente libre :** J'autorise le Grand Village à administrer, en cas de besoin, un ou plusieurs médicament(s) suivant(s) ou leur équivalent générique

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Acétaminophène (Ex: Tylenol, Tempra)                          | <input type="checkbox"/> Anti-inflammatoire (Ex: Advil, Motrin)             |
| <input type="checkbox"/> Antiémétique (Ex: Gravol)                                     | <input type="checkbox"/> Antibiotique en crème (Ex: Polysporin)             |
| <input type="checkbox"/> Antihistaminique qui agit contre les allergies (Ex: Bénédryl) | <input type="checkbox"/> Laxatif (Ex: jus de pruneaux, suppositoire, Fleet) |
| <input type="checkbox"/> Sirop contre la toux (Ex: Bénylin)                            | <input type="checkbox"/> Anti diarrhéique (Ex: Immodium)                    |

Autre

**Soins particuliers à savoir**

(ex: tube rectal, anus artificiel, tendance à régurgiter, tendance à l'étouffement, etc)

Nom de la clinique médicale  Téléphone

Nom du médecin

Nom de la pharmacie  Téléphone

**Il/elle est atteint de:**

Asthme/trouble respiratoire  Non  Oui  
Eczéma  Non  Oui  
Trouble cardiaque  Non  Oui

Diabète  Non  Oui  
Prise de glycémie capillaire  Non  Oui

Si oui, expliquez

Épilepsie  Non  Oui

Si oui, expliquer la manifestation et donner la date de la dernière crise

Haute pression  Non  Oui  
Basse pression  Non  Oui

**Allergie(s):** (causant des réactions cutanées, respiratoires, cardiaques... qui nécessite un épipen)

Gluten  Non  Oui Lactose  Non  Oui  
Arachides  Non  Oui Noix  Non  Oui  
Soya  Non  Oui Poisson  Non  Oui  
Fruits de mer  Non  Oui Oeufs  Non  Oui  
Latex  Non  Oui Foins  Non  Oui  
Pollen  Non  Oui Aspirine  Non  Oui  
Pénicilline  Non  Oui  
Piqûres d'insectes  Non  Oui Lesquels   
Poils d'animaux  Non  Oui Lesquels   
Fruits exotiques  Non  Oui Lesquels   
Autres  Non  Oui Précisez

Manifestation en cas de contact avec l'allergène

Possède-t-il/elle un système d'injection (Épipen, Twinject...)  Non  Oui Lesquels

**Intolérances**

Pouvant causer des maux de ventre, de tête, des diarrhées ou autre malaise ne nécessitant pas d'injection. Spécifiez l'allergène. (Ex: gluten, lactose, moutarde, pollen, oeufs...)

**Élimination**

Vésicale

Rectale

Normale  Non  Oui  
Incontinence partielle  Non  Oui  
Culottes d'incontinence  Non  Oui  
Sonde à demeure  Non  Oui  
Condom urinaire  Non  Oui  
Cathétérisme  Non  Oui

Normale  Non  Oui  
Incontinence partielle  Non  Oui  
Culottes d'incontinence  Non  Oui  
Constipation  Non  Oui  
Suppositoire  Non  Oui  
Curage rectal  Non  Oui

Rythme

Fréquence

J'autorise le Grand Village à prendre les mesures appropriées en cas d'urgence afin que les premiers soins soient apportés à la personne sous ma charge, qu'elle soit transportée à l'hôpital si besoin et que le médecin en service à l'urgence pose les actes médicaux requis par la situation. De plus, j'atteste, selon les renseignements médicaux fournis que la personne sous ma charge est apte à participer à un répit.

Nom

Prénom

Signature

Date

## Procédure à suivre lors de votre arrivée au camp

1) L'arrivée est TOUJOURS prévue entre 14h et 16h00.

2) Présentez-vous à l'accueil et rencontrez notre préposé aux soins. Remettez-lui en main propre la carte d'assurance maladie, la dosette contenant la médication du campeur pour la durée du séjour, ainsi que ce formulaire dûment rempli.

### POSOLOGIE

Nom du campeur	<input type="text"/>	Prénom du campeur	<input type="text"/>			
Nom du médicament	Dosage	Raison	Déjeuner	Dîner	Souper	Coucher
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Moyen(s) pour faciliter la prise de médicament

- Eau   
  Jus   
  Compote   
  Broyé   
  Autres

Trucs ou conseils si la prise de médication est difficile

Assurez-vous d'avoir aussi rempli le formulaire d'inscription de l'enfant à besoins spécifiques.

\* Ne remplissez que les annexes nécessaires. \*

#### 4. Information générale

Nom et prénom du campeur inscrit

La résidence actuelle  Parent  Famille d'accueil  R.I.  RTF  CHSLD  Autre

Adresse familiale  Appartement

Ville  Province  Code postal

Téléphone

Courriel

##### 4.1. Membres de la famille

Nom  Prénom

Lien  **Allez remplir l'annexe 1**

Nom  Prénom

Lien  **Allez remplir l'annexe 2**

Nom  Prénom

Lien  **Allez remplir l'annexe 3**

Nom  Prénom

Lien  **Allez remplir l'annexe 4**

Nom  Prénom

Lien  **Allez remplir l'annexe 5**

**Afin d'éviter toutes complications, les participants au séjour familial doivent apporter (en plus de leurs effets personnels):**

- les médicaments en quantité suffisante pour la durée du séjour (Dosette obligatoire)
- leur crème solaire (protection 30 et plus)
- une trousse de glycémie complète incluant les bandelettes (pour les diabétiques)

## 5. Annexe 1

Nom et prénom

Homme/garçon

Femme/fille

Date de naissance

Numéro d'assurance maladie

Date d'expiration

Poids

Grandeur

Est-ce une première expérience e séjour familial?

Non

Oui

*Aux fins de promotions, acceptez-vous que le Grand Village utilise des photographies ou des images vidéos du participant lors de son séjour? (Le Grand Village assure un suivi de la production afin que les documents respectent l'intimité et la dignité de l'individu.)*

Non

Oui

Il/elle peut participer à la baignade

Non

Oui

Il/elle peut faire du trampoline\*

Non

Oui

Il/elle a besoin d'une veste de flottaison

Non

Oui

Il/elle peut faire de l'équitation\*

Non

Oui

Alimentation (particularité)

Normale

Coupé

Coupé finement

Purée texturée

Purée lisse

Gavage

Les liquides doivent être épaissis

Non

Oui

Diète particulière

Ex: sans sucre, faible en protéine...

Non

Oui

Si oui, expliquez

Il/elle a besoin d'un côté de lit

Non

Oui

Il/elle a des troubles de comportement

Non

Oui

Si oui, expliquez et nommez les interventions à privilégier

A-t-il(elle) des réactions marquées

À certaines textures (aliments)

Au toucher

Au bruit

Autre

Si oui, lesquels

A-t-il(elle) des rigidités (alimentaires, spatio-temporelles...)

Non

Oui

Si oui, expliquez

Il/elle a-t-il été hospitalisé(e) dans les 12 derniers mois

Non

Oui

Si oui, expliquez

Prend-il/elle des médicaments

Non

Oui

Il/elle a-t-il/elle été vacciné(e) contre l'hépatite B  Non  Oui  
 Il/elle est-il/elle porteur(se) ou souffre-t-il/elle de l'hépatite B  Non  Oui  
 Il/elle a-t-il/elle été vacciné contre le tétanos  Non  Oui  
 Il/elle a-t-il/elle tendance à développer des plaies de pression  Non  Oui

**Il/elle est atteint de:**

Asthme/trouble respiratoire  Non  Oui Diabète  Non  Oui  
 Eczéma  Non  Oui Prise de glycémie capillaire  Non  Oui  
 Trouble cardiaque  Non  Oui

Si oui, expliquez

Épilepsie  Non  Oui

Si oui, expliquer la manifestation et donner la date de la dernière crise

Haute pression  Non  Oui  
 Basse pression  Non  Oui

**Allergie(s):** (causant des réactions cutanées, respiratoires, cardiaques... qui nécessite un épipen)

Gluten  Non  Oui Lactose  Non  Oui  
 Arachides  Non  Oui Noix  Non  Oui  
 Soya  Non  Oui Poisson  Non  Oui  
 Fruits de mer  Non  Oui Oeufs  Non  Oui  
 Latex  Non  Oui Foins  Non  Oui  
 Pollen  Non  Oui Aspirine  Non  Oui  
 Pénicilline  Non  Oui

Piqûres d'insectes  Non  Oui Lesquels   
 Poils d'animaux  Non  Oui Lesquels   
 Fruits exotiques  Non  Oui Lesquels   
 Autres  Non  Oui Précisez

Manifestation en cas de contact avec l'allergène

Possède-t-il/elle un système d'injection (Épipen, Twinject...)  Non  Oui Lesquels

**Intolérances** Page sur   
 Pouvant causer des maux de ventre, de tête, des diarrhées ou autre malaise ne nécessitant pas d'injection. Spécifiez l'allergène. (Ex: gluten, lactose, moutarde, pollen, oeufs...)

Informations supplémentaires  
 (Inscrire toutes autres informations susceptibles d'aider le Grand Village. Ex: TDAH, hyposensibilité...)

## 6. Annexe 2

Nom et prénom

Homme/garçon

Femme/fille

Date de naissance

Numéro d'assurance maladie

Date d'expiration

Poids

Grandeur

Est-ce une première expérience en séjour familial?  Non  Oui

*Aux fins de promotions, acceptez-vous que le Grand Village utilise des photographies ou des images vidéos du participant lors de son séjour? (Le Grand Village assure un suivi de la production afin que les documents respectent l'intimité et la dignité de l'individu.)*

Non  Oui

Il/elle peut participer à la baignade  Non  Oui

Il/elle peut faire du trampoline\*  Non  Oui

Il/elle a besoin d'une veste de flottaison  Non  Oui

Il/elle peut faire de l'équitation\*  Non  Oui

Alimentation (particularité)  Normale  Purée texturée

Coupé  Purée lisse

Coupé finement  Gavage

Les liquides doivent être épaissis  Non  Oui

Diète particulière  Non  Oui Si oui, expliquez

Ex: sans sucre, faible en protéine...

Il/elle a besoin d'un côté de lit  Non  Oui

Il/elle a des troubles de comportement  Non  Oui Si oui, expliquez et nommez les interventions à privilégier

A-t-il(elle) des réactions marquées  À certaines textures (aliments)  Au toucher  Au bruit  Autre

Si oui, lesquels

A-t-il(elle) des rigidités (alimentaires, spatio-temporelles...)  Non  Oui Si oui, expliquez

Il/elle a-t-il été hospitalisé(e) dans les 12 derniers mois  Non  Oui Si oui, expliquez

Prend-il/elle des médicaments  Non  Oui

- Il/elle a-t-il/elle été vacciné(e) contre l'hépatite B  Non  Oui
- Il/elle est-il/elle porteur(se) ou souffre-t-il/elle de l'hépatite B  Non  Oui
- Il/elle a-t-il/elle été vacciné contre le tétanos  Non  Oui
- Il/elle a-t-il/elle tendance à développer des plaies de pression  Non  Oui

**Il/elle est atteint de:**

- Asthme/trouble respiratoire  Non  Oui
- Eczéma  Non  Oui
- Trouble cardiaque  Non  Oui
- Diabète  Non  Oui
- Prise de glycémie capillaire  Non  Oui

Si oui, expliquez

- Épilepsie  Non  Oui

Si oui, expliquer la manifestation et donner la date de la dernière crise

- Haute pression  Non  Oui
- Basse pression  Non  Oui

**Allergie(s):** (causant des réactions cutanées, respiratoires, cardiaques... qui nécessite un épipen)

- |                    |   |          |   |
|--------------------|---|----------|---|
| Gluten             | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui | Lactose  | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui |
| Arachides          | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui | Noix     | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui |
| Soya               | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui | Poisson  | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui |
| Fruits de mer      | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui | Oeufs    | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui |
| Latex              | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui | Foins    | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui |
| Pollen             | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui | Aspirine | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui |
| Pénicilline        | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui |          |   |
| Piqûres d'insectes | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui | Lesquels | <input type="text"/>                                      |
| Poils d'animaux    | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui | Lesquels | <input type="text"/>                                      |
| Fruits exotiques   | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui | Lesquels | <input type="text"/>                                      |
| Autres             | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui | Précisez | <input type="text"/>                                      |

Manifestation en cas de contact avec l'allergène

- Possède-t-il/elle un système d'injection (Épipen, Twinject...)  Non  Oui

Lesquels

**Intolérances**

Pouvant causer des maux de ventre, de tête, des diarrhées ou autre malaise ne nécessitant pas d'injection. Spécifiez l'allergène. (Ex: gluten, lactose, moutarde, pollen, oeufs...)

Informations supplémentaires  
(Inscrire toutes autres informations susceptibles d'aider le Grand Village. Ex: TDAH, hyposensibilité...)

## 7. Annexe 3

Nom et prénom

Homme/garçon

Femme/fille

Date de naissance

Numéro d'assurance maladie

Date d'expiration

Poids

Grandeur

Est-ce une première expérience en séjour familial?

Non

Oui

*Aux fins de promotions, acceptez-vous que le Grand Village utilise des photographies ou des images vidéos du participant lors de son séjour? (Le Grand Village assure un suivi de la production afin que les documents respectent l'intimité et la dignité de l'individu.)*

Non

Oui

Il/elle peut participer à la baignade

Non  Oui

Il/elle peut faire du trampoline\*

Non  Oui

Il/elle a besoin d'une veste de flottaison

Non  Oui

Il/elle peut faire de l'équitation\*

Non  Oui

Alimentation (particularité)

Normale  
 Purée texturée

Coupé  
 Purée lisse

Coupé finement  
 Gavage

Les liquides doivent être épaissis

Non  Oui

Diète particulière

Ex: sans sucre, faible en protéine...

Non  Oui

Si oui, expliquez

Il/elle a besoin d'un côté de lit

Non  Oui

Il/elle a des troubles de comportement

Non  Oui

Si oui, expliquez et nommez les interventions à privilégier

A-t-il(elle) des réactions marquées

À certaines textures (aliments)  
 Au bruit

Au toucher  
 Autre

Si oui, lesquels

A-t-il(elle) des rigidités (alimentaires, spatio-temporelles...)

Non  Oui

Si oui, expliquez

Il/elle a-t-il été hospitalisé(e) dans les 12 derniers mois

Non  Oui

Si oui, expliquez

Prend-il/elle des médicaments

Non  Oui

Il/elle a-t-il/elle été vacciné(e) contre l'hépatite B  Non  Oui  
 Il/elle est-il/elle porteur(se) ou souffre-t-il/elle de l'hépatite B  Non  Oui  
 Il/elle a-t-il/elle été vacciné contre le tétanos  Non  Oui  
 Il/elle a-t-il/elle tendance à développer des plaies de pression  Non  Oui

**Il/elle est atteint de:**

Asthme/trouble respiratoire  Non  Oui Diabète  Non  Oui  
 Eczéma  Non  Oui Prise de glycémie capillaire  Non  Oui  
 Trouble cardiaque  Non  Oui

Si oui, expliquez

Épilepsie  Non  Oui

Si oui, expliquer la manifestation et donner la date de la dernière crise

Haute pression  Non  Oui  
 Basse pression  Non  Oui

**Allergie(s):** (causant des réactions cutanées, respiratoires, cardiaques... qui nécessite un épipen)

Gluten  Non  Oui Lactose  Non  Oui  
 Arachides  Non  Oui Noix  Non  Oui  
 Soya  Non  Oui Poisson  Non  Oui  
 Fruits de mer  Non  Oui Oeufs  Non  Oui  
 Latex  Non  Oui Foins  Non  Oui  
 Pollen  Non  Oui Aspirine  Non  Oui

Piqûres d'insectes  Non  Oui Lesquels   
 Poils d'animaux  Non  Oui Lesquels   
 Fruits exotiques  Non  Oui Lesquels   
 Autres  Non  Oui Précisez

Manifestation en cas de contact avec l'allergène

Possède-t-il/elle un système d'injection (Épipen, Twinject...)  Non  Oui Lesquels

**Intolérances**

Pouvant causer des maux de ventre, de tête, des diarrhées ou autre malaise ne nécessitant pas d'injection. Spécifiez l'allergène. (Ex: gluten, lactose, moutarde, pollen, oeufs...)

Informations supplémentaires  
 (Inscrire toutes autres informations susceptibles d'aider le Grand Village. Ex: TDAH, hyposensibilité...)

## 8. Annexe 4

Nom et prénom

Homme/garçon

Femme/fille

Date de naissance

Numéro d'assurance maladie

Date d'expiration

Poids

Grandeur

Est-ce une première expérience en séjour familial?  Non  Oui

*Aux fins de promotions, acceptez-vous que le Grand Village utilise des photographies ou des images vidéos du participant lors de son séjour? (Le Grand Village assure un suivi de la production afin que les documents respectent l'intimité et la dignité de l'individu.)*

Non  Oui

Il/elle peut participer à la baignade  Non  Oui

Il/elle peut faire du trampoline\*  Non  Oui

Il/elle a besoin d'une veste de flottaison  Non  Oui

Il/elle peut faire de l'équitation\*  Non  Oui

Alimentation (particularité)  Normale  Purée texturée

Coupé  Purée lisse

Coupé finement  Gavage

Les liquides doivent être épaissis  Non  Oui

Diète particulière

Ex: sans sucre, faible en protéine...

Non  Oui Si oui, expliquez

Il/elle a besoin d'un côté de lit  Non  Oui

Il/elle a des troubles de comportement

Non  Oui Si oui, expliquez et nommez les interventions à privilégier

A-t-il(elle) des réactions marquées

À certaines textures (aliments)  Au bruit

Au toucher  Autre

Si oui, lesquels

A-t-il(elle) des rigidités (alimentaires, spatio-temporelles...)

Non  Oui Si oui, expliquez

Il/elle a-t-il été hospitalisé(e) dans les 12 derniers mois

Non  Oui Si oui, expliquez

Prend-il/elle des médicaments

Non  Oui

Il/elle a-t-il/elle été vacciné(e) contre l'hépatite B  Non  Oui  
 Il/elle est-il/elle porteur(se) ou souffre-t-il/elle de l'hépatite B  Non  Oui  
 Il/elle a-t-il/elle été vacciné contre le tétanos  Non  Oui  
 Il/elle a-t-il/elle tendance à développer des plaies de pression  Non  Oui

**Il/elle est atteint de:**

Asthme/trouble respiratoire  Non  Oui Diabète  Non  Oui  
 Eczéma  Non  Oui Prise de glycémie capillaire  Non  Oui  
 Trouble cardiaque  Non  Oui

Si oui, expliquez

Épilepsie  Non  Oui

Si oui, expliquer la manifestation et donner la date de la dernière crise

Haute pression  Non  Oui  
 Basse pression  Non  Oui

**Allergie(s):** (causant des réactions cutanées, respiratoires, cardiaques... qui nécessite un épipen)

Gluten	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Lactose	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Arachides	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Noix	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Soya	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Poisson	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Fruits de mer	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Oeufs	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Latex	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Foins	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Pollen	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Aspirine	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Pénicilline	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		
Piqûres d'insectes	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Lesquels	<input type="text"/>
Poils d'animaux	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Lesquels	<input type="text"/>
Fruits exotiques	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Lesquels	<input type="text"/>
Autres	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Précisez	<input type="text"/>

Manifestation en cas de contact avec l'allergène

Possède-t-il/elle un système d'injection (Épipen, Twinject...)  Non  Oui Lesquels

**Intolérances**

Pouvant causer des maux de ventre, de tête, des diarrhées ou autre malaise ne nécessitant pas d'injection. Spécifiez l'allergène. (Ex: gluten, lactose, moutarde, pollen, oeufs...)

Informations supplémentaires  
 (Inscrire toutes autres informations susceptibles d'aider le Grand Village. Ex: TDAH, hyposensibilité...)

## 9. Annexe 5

Nom et prénom

Homme/garçon

Femme/fille

Date de naissance

Numéro d'assurance maladie

Date d'expiration

Poids

Grandeur

Est-ce une première expérience en séjour familial?  Non  Oui

*Aux fins de promotions, acceptez-vous que le Grand Village utilise des photographies ou des images vidéos du participant lors de son séjour? (Le Grand Village assure un suivi de la production afin que les documents respectent l'intimité et la dignité de l'individu.)*

Non  Oui

Il/elle peut participer à la baignade  Non  Oui

Il/elle peut faire du trampoline\*  Non  Oui

Il/elle a besoin d'une veste de flottaison  Non  Oui

Il/elle peut faire de l'équitation\*  Non  Oui

Alimentation (particularité)  Normale  Purée texturée

Coupé  Purée lisse

Coupé finement  Gavage

Les liquides doivent être épaissis  Non  Oui

Diète particulière

Ex: sans sucre, faible en protéine...

Non  Oui Si oui, expliquez

Il/elle a besoin d'un côté de lit  Non  Oui

Il/elle a des troubles de comportement

Non  Oui Si oui, expliquez et nommez les interventions à privilégier

A-t-il(elle) des réactions marquées  À certaines textures (aliments)  Au bruit

Au toucher  Autre

Si oui, lesquels

A-t-il(elle) des rigidités (alimentaires, spatio-temporelles...)

Non  Oui Si oui, expliquez

Il/elle a-t-il été hospitalisé(e) dans les 12 derniers mois

Non  Oui Si oui, expliquez

Prend-il/elle des médicaments

Non  Oui

Il/elle a-t-il/elle été vacciné(e) contre l'hépatite B  Non  Oui  
 Il/elle est-il/elle porteur(se) ou souffre-t-il/elle de l'hépatite B  Non  Oui  
 Il/elle a-t-il/elle été vacciné contre le tétanos  Non  Oui  
 Il/elle a-t-il/elle tendance à développer des plaies de pression  Non  Oui

**Il/elle est atteint de:**

Asthme/trouble respiratoire  Non  Oui Diabète  Non  Oui  
 Eczéma  Non  Oui Prise de glycémie capillaire  Non  Oui  
 Trouble cardiaque  Non  Oui

Si oui, expliquez

Épilepsie  Non  Oui

Si oui, expliquer la manifestation et donner la date de la dernière crise

Haute pression  Non  Oui  
 Basse pression  Non  Oui

**Allergie(s):** (causant des réactions cutanées, respiratoires, cardiaques... qui nécessite un épipen)

Gluten	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Lactose	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Arachides	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Noix	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Soya	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Poisson	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Fruits de mer	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Oeufs	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Latex	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Foins	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Pollen	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Aspirine	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Pénicilline	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		
Piqûres d'insectes	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Lesquels	<input type="text"/>
Poils d'animaux	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Lesquels	<input type="text"/>
Fruits exotiques	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Lesquels	<input type="text"/>
Autres	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Précisez	<input type="text"/>

Manifestation en cas de contact avec l'allergène

Possède-t-il/elle un système d'injection (Épipen, Twinject...)  Non  Oui Lesquels

**Intolérances**

Pouvant causer des maux de ventre, de tête, des diarrhées ou autre malaise ne nécessitant pas d'injection. Spécifiez l'allergène. (Ex: gluten, lactose, moutarde, pollen, oeufs...)

Informations supplémentaires  
 (Inscrire toutes autres informations susceptibles d'aider le Grand Village. Ex: TDAH, hyposensibilité...)

## 6.1. RÉSERVATION

### Coûts

Frais de séjour pour le séjour familial (13 au 18 août):

670\$/enfant à besoins spécifiques en ratio 1/1

610\$/enfant à besoins spécifiques en ratio 1/2

550\$/enfant à besoins spécifiques en ratio 1/3

255\$/parent

225\$/frère ou soeur

## 6.2. PAIEMENT

**Options de paiement** (voir informations générales dans la brochure)

Argent comptant

Chèque

Carte de crédit

Nom du détenteur de la carte

Date d'expiration

Numéro de la carte

3 chiffres au verso

1<sup>er</sup> versement

Date

2<sup>e</sup> versement

Date

3<sup>e</sup> versement

Date

**\*\*Le séjour doit être payé en son entier au plus tard le 1er mai 2018\*\***

### Les frais de séjour sont payés par

Participant

Famille

CLSC /CSSS\*

CRDI\*

Curatelle

Autre \_\_\_\_\_

\*une confirmation de paiement de l'organisme doit accompagner le présent formulaire

Nom du payeur

Prénom du payeur

Organisation (s'il y a lieu)

Adresse

Téléphone

Télécopieur

**Relevé 24** (frais de garde pour impôts). Les personnes désirant recevoir ce relevé doivent remplir les informations suivantes

Nom

Prénom

Adresse

Numéro d'assurance sociale du PAYEUR

Montant total

Je déclare que les informations inscrites dans le présent formulaire sont exactes. Dans le cas où les informations seraient incomplètes ou erronées, le Grand Village se réserve le droit de refuser, de retourner ou de ne plus accepter l'utilisateur.

Signature

Nom

Prénom

Date