Camp de jour 2020

2434,route Marie-Victorin, Lévis, Québec, G7A 4H7
Téléphone: 418 831-1677 poste 5 | Télécopie: 418 831-6561
mission@grand-village.com
www.grand-village.com

Bien vouloir joindre à ce formulaire une photo récente du campeur

1. Informations générales

Nom _____ Date de naissance _____

Prénom _____

☐ Garçon ☐ Fille

Adresse _____ Appartement _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

Téléphone _____

Courriel _____

Nom et prénom du 1er parent _____

Tél. maison _____ Tél. bureau _____ Cellulaire _____

Nom et prénom du 2e parent _____

Tél. maison _____ Tél. bureau _____ Cellulaire _____

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

1ère personne _____ Lien _____ Téléphone _____

2e personne _____ Lien _____ Téléphone _____

3e personne _____ Lien _____ Téléphone _____

☐ Cochez si les parents sont les premiers à contacter en cas d'urgence.

Est-ce une première expérience en camp de vacances ☐ 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 ☐ 1 pour 4-5 ☐ 1 pour 6-8

Il/elle vit avec ☐ DI ☐ DP ☐ Poly-handicap ☐ TSA

Indiquez le diagnostic précis, incluant les syndromes et les autres troubles (ex: DI sévère, paralysie cérébrale, syndrome Gilles de la Tourette...) _____

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

**Le Grand Village possède l'équipement et le personnel pour que le déroulement soit sécuritaire et amusant pour toutes les clientèles.*

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

Il/elle a besoin d'aide technique à l'alimentation (Ex: rebord d'assiette, anti-dérappant, cuillère adaptée, gobelet...) ☐ Non ☐ Oui

Si oui, lesquelles

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

Les liquides doivent être épaissis ☐ Non ☐ Oui

Si oui, quelle texture (nectar, pouding, miel)

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

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 porte ☐ Orthèse ☐ Prothèse ☐ Lunettes ☐ Dentier

Son audition est ☐ Excellente ☐ Faible ☐ Appareil auditif

Sa vue est ☐ Excellente ☐ Suffisante ☐ On doit guider ☐ Faible

Il/elle va à la toilette ☐ Seul(e) ☐ Avec supervision ☐ Avec aide pour s'essuyer ☐ Avec aide complète

Il/elle porte des culottes d'incontinence ☐ Jamais ☐ Toujours

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

3. Comportement

Il/elle a des troubles de comportement ☐ Non ☐ Oui

Si oui, expliquez

Si oui, quelles sont les interventions efficaces pour prévenir et gérer les troubles de comportement?

Notez que le Grand Village pourra mettre fin en tout temps à un séjour en cours si le campeur a des comportements agressifs mettant en péril l'intégrité des autres campeurs ou du personnel ou a des problèmes importants de désorganisation.

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 (paroles ou gestes à surveiller)

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

Si oui, lesquelles

Quelles sont ses activités préférées

Quelles sont les activités qui pourraient être problématiques

☐ J'autorise, par la présente, Grand Village à faire participer la personne à ma charge aux sorties et à toutes les activités qui s'y rattachent.

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

4. RÉSERVATION

Grille de tarifs

Services / Ratio	1 pour 6-8	1 pour 4-5	1 pour 3	1 pour 2	1 pour 1
Camp complet (8 semaines)					
Tarifs à la semaine					
Tarifs à la semaine (3 jours / sem.)					
Service de garde AM (7h30 à 9h)					
Service de garde PM (16h à 17h30)					
Service de garde complet (AM et PM)					
Service de garde AM (3 jours / sem.)					
Service de garde PM (3 jours / sem.)					
Service de garde complet (3 jours / sem.)					
Service de repas (temps complet)	25$ / semaine				
Service de repas (à la journée)	5.75$ / jour				

Prenez note que la direction réévaluera chacun des dossiers avec une grille de cotation objective pour s'assurer que le ratio choisi soit adapté aux besoins du campeur.

Présences et choix de services :

Veuillez cocher les journées choisies (et ce même si vous prenez l'été complet) et les périodes de service de garde désirées. Pour les repas, cochez seulement si vous les prenez.

Semaines / Choix	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Service de garde			Repas
29 juin au 3 juillet 2020									
6 au 10 juillet 2020									
13 au 17 juillet 2020									
20 au 24 juillet 2020									
27 au 31 juillet 2020									
3 au 7 août 2020									
10 au 14 août 2020									

5. PAIEMENT

Modalités de paiement (voir informations générales dans la brochure)

☐ CHOIX 1 (seul versement) ☐ CHOIX 2 (3 versements avant le 22 juin 2020)

☐ Argent comptant ☐ Chèque ☐ Carte de crédit

Nom du détenteur de la carte _____ Date d'expiration _____

Numéro de la carte _____ 3 chiffres au verso _____

☐ 1er versement Date _____

☐ 2e versement Date _____

☐ 3e versement Date _____

****Le séjour doit être payé en entier au plus tard le 1er mai 2020****

Les frais de répit sont payés par

☐ Campeur ☐ 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 pour parents payeurs seulement). 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'usager et ce, en tout temps.**

Signature _____

Nom _____ Prénom _____ Date _____

section réservée à l'administration

Fiche médicale

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

Nom _____ Prénom _____

Afin d'éviter toutes complications, les campeurs du Grand Village doivent apporter:
- Les médicaments en quantité suffisante pour la durée de la journée(dosette obligatoire)
- Des culottes d'incontinence (s'il y a lieu) pour la durée de la journée (Minimum 3 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)
- Une poudre épaississante et/ou breuvages déjà épaissis

Numéro d'assurance maladie _____ Date d'expiration _____

Poids _____ Grandeur _____

A-t-il été hospitalisé(e) dans les 12 derniers mois? ☐ Non ☐ Oui Si oui, expliquez _____

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

Prend-il/elle 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 camp.

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

☐ Acétaminophène (Ex: Tylenol, Tempra)
☐ Antiémétique (Ex: Gravol)
☐ Antihistaminique qui agit contre les allergies (Ex: Bénadryl)
☐ Sirop contre la toux (Ex: Bénylin)
☐ Anti-inflammatoire (Ex: Advil, Motrin)
☐ Antibiotique en crème (Ex: Polysporin)
☐ Laxatif (Ex: jus de pruneaux, suppositoire, Fleet)
☐ 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	Diabète	☐ Non	☐ Oui
Eczéma	☐ Non	☐ Oui	Prise de glycémie capillaire	☐ Non	☐ Oui
Haute pression	☐ Non	☐ Oui	Basse pression	☐ Non	☐ Oui
Trouble pulmonaire	☐ Non	☐ Oui	Dysphagie	☐ Non	☐ Oui
Trouble cardiaque	☐ Non	☐ Oui			

Si oui, expliquez

Épilepsie ☐ Non ☐ Oui

Si oui, expliquez la manifestation et donnez la date de la dernière crise

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

Alimentaire			**Autre**		
Gluten	☐ Non	☐ Oui	Latex	☐ Non	☐ Oui
Arachides	☐ Non	☐ Oui	Pollen	☐ Non	☐ Oui
Soya	☐ Non	☐ Oui	Foins	☐ Non	☐ Oui
Fruits de mer	☐ Non	☐ Oui	Aspirine	☐ Non	☐ Oui
Lactose	☐ Non	☐ Oui	Pénicilline	☐ Non	☐ Oui
Noix	☐ Non	☐ Oui	Piqûres d'insectes	☐ Non	☐ Oui
Poisson	☐ Non	☐ Oui	Lesquels		
Oeufs	☐ Non	☐ Oui	Poils d'animaux	☐ Non	☐ Oui
Fruits exotiques	☐ Non	☐ Oui	Lesquels		
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	Normale	☐ Non	☐ Oui
Incontinence partielle	☐ Non	☐ Oui	Incontinence partielle	☐ Non	☐ Oui
Culottes d'incontinence	☐ Non	☐ Oui	Culottes d'incontinence	☐ Non	☐ Oui
Sonde à demeure	☐ Non	☐ Oui	Constipation	☐ Non	☐ Oui
Condom urinaire	☐ Non	☐ Oui	Suppositoire	☐ Non	☐ Oui
Cathétérisme	☐ 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.**

☐ **J'atteste, selon les renseignements médicaux fournis que la personne sous ma charge est apte à participer à un camp de jour.**

Notez que le Grand Village pourra mettre fin en tout temps au camp de jour en cours si le campeur a des problèmes majeurs de santé qui le rendent incapable de participer aux activités prévues dans la programmation régulière.

Nom Prénom

Signature Date

Procédure à suivre lors de votre arrivée au camp

1) Si le campeur prend des médications au cours de sa journée, veuillez s.v.p. en aviser l'animateur de celui-ci pour qu'il puisse les remettre aux préposés aux soins.
2) Remplissez la feuille de posologie ci-dessous en indiquant clairement l'heure à laquelle prendre la médication.

POSOLOGIE

Nom du campeur _____ Prénom du campeur _____

Nom du médicament	Dosage	Raison	Déjeuner	Dîner
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐

Moyen(s) pour faciliter la prise de médicament

☐ Eau ☐ Jus ☐ Compote ☐ Broyé ☐ Autres _____

Trucs ou conseils si la prise de médication est difficile