Répit 2019-2020

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

Bien vouloir joindre à ce formulaire une photo récente du campeur

1. Information générale

Nom _____ Date de naissance _____

Prénom _____ ☐ Homme ☐ Femme

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

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 ** uniquement au 6e séjour ☐ 1 pour 2 uniquement au 6e séjour ☐ 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 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

**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, lesquels

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 ☐ 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) ☐ À une pers. (pivot) ☐ À 2 pers. ☐ Lève-personne

**doit apporter sa toile

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

Expliquez (ex: aide pour les cheveux seulement, nommer les parties du corps à laver...)

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

**Si pas de dent: doit-on brosser les gencives, utiliser du rince-bouche?

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 ☐ 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

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

Tarifs :

Ratio / nuitées	2 nuitées	3 nuitées	À la journée
Ratio 1/1	325 $	420 $	125 $
Ratio 1/2	275 $	370 $	105 $
Ratio 1/3	225 $	320 $	85 $
Ratio 1/4 et plus	215 $	310 $	75 $

Répits saison 2019-2020
COCHEZ VOTRE CHOIX

Répits 3 nuitées TOUS ÂGES
DI-DP-TSA
Ratio 1/2, 1/3 ou plus EXCLUSIVEMENT

- ☐ 30 août au 2 septembre 2019
- ☐ 11 au 14 octobre 2019
- ☐ 27 au 30 décembre 2019
- ☐ 3 au 6 mars 2020
- ☐ 10 au 13 avril 2020
- ☐ 15 au 18 mai 2020

Répits 2 nuitées 1/1 TOUS ÂGES
DI-DP-TSA
Ratio 1/1 EXCLUSIVEMENT

- ☐ 13 au 15 septembre 2019
- ☐ 15 au 17 novembre 2019
- ☐ 6 au 8 décembre 2019
- ☐ 14 au 16 février 2020
- ☐ 3 au 5 avril 2020
- ☐ 1er au 3 mai 2020

Répits 2 nuitées JEUNESSE
DI-DP-TSA (3 à 18 ans)
Ratio 1/2, 1/3 ou 1/4 et plus

- ☐ 4 au 6 octobre 2019
- ☐ 1er au 3 novembre 2019
- ☐ 29 novembre au 1er décembre 2019
- ☐ 10 au 12 janvier 2020
- ☐ 31 janvier au 2 février 2020
- ☐ 20 au 22 mars 2020
- ☐ 24 au 26 avril 2020

Répits 2 nuitées ADULTES
DI-DP-TSA (18 ans et plus)
Ratio 1/2, 1/3 ou 1/4 et plus

- ☐ 20 au 22 septembre 2019
- ☐ 25 au 27 octobre 2019
- ☐ 17 au 19 janvier 2020
- ☐ 21 au 23 février 2020
- ☐ 13 au 15 mars 2020

5. 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 _____

☐ 1er versement Date _____

☐ 2e versement Date _____

☐ 3e versement Date _____

****Le séjour doit être payé en son entier au plus tard le 1er mai 2019****

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 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)
- poudre épaississante et/ou breuvages déjà épaissis

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/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, expliquer la manifestation et donner 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 vacances.**

Notez que le Grand Village pourra mettre fin en tout temps à un séjour 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) L'arrivée est TOUJOURS prévue entre14h 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 _____ Prénom du campeur _____

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

Moyen(s) pour faciliter la prise de médicament

☐ Eau ☐ Jus ☐ Compote ☐ Broyé ☐ Autres _____

Trucs ou conseils si la prise de médication est difficile