

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 1^{er} parent

Tél. maison Tél. bureau Cellulaire

Nom et prénom du 2^e parent

Tél. maison Tél. bureau Cellulaire

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

1^{ère} personne Lien Téléphone

2^e personne Lien Téléphone

3^e 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
uniquement au 6^e séjour uniquement au 6^e séjour

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, lesquels

Alimentation (particularité) Normale Purée texturée

Coupé Purée lisse Haché finement Gavage

Les liquides doivent être épaissis Non Oui

Si oui, quelle texture (nectar, pudding, 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 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	1 nuitées	2 nuitée (fériés)	Samedi dégourdis
Ratio 1/1	320 \$	Voir détail plus bas**	–
Ratio 1/2	270 \$	365 \$	–
Ratio 1/3	220 \$	315 \$	90\$
Ratio 1/4 et plus	210 \$	305 \$	90\$

**1 seule nuit disponible pour les campeurs en accompagnement 1:1 lors des longues fins de semaine.
Horaire: samedi 9h00 au dimanche 11h00 OU dimanche 13h00 au lundi 16h00. Coût : 250\$

Répits saison 2020 **COCHEZ VOS CHOIX**

Répits 2 nuitées TOUS ÂGES **(Fériés)** DI-DP-TSA

- 5-6-7 septembre 2020
- 10-11-12 octobre 2020
- 28-29-30 décembre 2020

Répits 1 nuitée ADULTES **Répits 1 nuitée RATIO 1:1 TOUS ÂGES** DI-DP-TSA

- 19-20 septembre 2020
- 17-18 octobre 2020
- 7-8 novembre 2020
- 28-29 novembre 2020
- 19-20 décembre

Répits 1 nuitées JEUNESSE DI-DP-TSA (3 à 18 ans)

- 26-27 septembre 2020
- 31 oct.- 1 novembre 2020
- 21-22 novembre 2020
- 12-13 décembre 2020

Samedis dégourdis Autonomes ou semi-autonomes Ratio 1/3 ou 1/4 et plus EXCLUSIVEMENT

- Samedi 12 septembre 2020
- Samedi 3 octobre 2020
- Samedi 24 octobre 2020
- Samedi 14 novembre 2020
- samedi 5 décembre 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

1 versement Date

**** DANS TOUS LES CAS: les paiements doivent avoir été reçus AVANT le début de l'activité****

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

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 de l'activité (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)

Anti-inflammatoire (Ex: Advil, Motrin)

Antiémétique (Ex: Gravol)

Antibiotique en crème (Ex: Polysporin)

Antihistaminique qui agit contre les allergies (Ex: Bénadryl)

Laxatif (Ex: jus de pruneaux, suppositoire, Fleet)

Sirop contre la toux (Ex: Bénylin)

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
- Haute pression Non Oui
- Trouble pulmonaire Non Oui
- Trouble cardiaque Non Oui

- Diabète Non Oui
- Prise de glycémie capillaire Non Oui
- Basse pression Non Oui
- Dysphagie 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

- Gluten Non Oui
- Arachides Non Oui
- Soya Non Oui
- Fruits de mer Non Oui
- Lactose Non Oui
- Noix Non Oui
- Poisson Non Oui
- Oeufs Non Oui
- Fruits exotiques Non Oui

Lesquels

- Autres Non Oui

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...)

Autre

- Latex Non Oui
- Pollen Non Oui
- Foins Non Oui
- Aspirine Non Oui
- Pénicilline Non Oui
- Piqûres d'insectes Non Oui

Lesquels

- Poils d'animaux Non Oui

Lesquels

Précisez

Élimination

Vésicale

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

Rythme

Rectale

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

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

POSOLOGIE

Nom du campeur Prénom du campeur

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"/>
<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