

## 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<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

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, lesquels

Alimentation (particularité)  Normale  Purée texturée

Coupé  Haché finement  
 Purée lisse  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  Ne s'exprime pas

Avec difficulté  Peu  Par geste  
 Pictogramme  Tableau de communication

Il/elle exprime ses besoins  Toujours

À l'occasion  Jamais

Il/elle se déplace  Seul(e)  Canne ou béquille

Fauteuil manuel  Marche accompagné(e)  
 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 aide complète

Avec supervision  Avec aide pour s'essuyer

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

- Relâche 2021 (dates à confirmer)
- 3-4-5 avril 2021 (Pâques)
- 22-23-24 mai 2021 (Fête de la Reine)

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

- 23-24 janvier 2021
- 13-14 février 2021
- 20-21 mars 2021
- 24-25 avril 2021
- 15-16 mai 2021

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

- 16-17 janvier 2021
- 6-7 février 2021
- 13-14 mars 2021
- 10-11 avril 2021
- 1-2 mai 2021

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

- Samedi 30 janvier 2021
- Samedi 20 février 2021
- Samedi 27 mars 2021
- Samedi 17 avril 2021
- samedi 8 mai 2021

## 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

**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

Lesquels

**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"/>
<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