

## INFORMATION GÉNÉRALE

Nom : \_\_\_\_\_ Date de naissance: \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_ Sexe :  Garçon  Fille

Adresse : \_\_\_\_\_ App : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

Nom et prénom du premier parent : \_\_\_\_\_

Tel maison : \_\_\_\_\_ Tel bureau : \_\_\_\_\_ Cellulaire : \_\_\_\_\_

Nom et prénom du deuxième parent : \_\_\_\_\_

Tel maison : \_\_\_\_\_ Tel bureau : \_\_\_\_\_ Cellulaire : \_\_\_\_\_

Personnes ressources à contacter pour informations ou urgence autre que les 2 parents mentionnés ci-haut:

1<sup>e</sup> pers. : \_\_\_\_\_ Lien : \_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_\_

2<sup>e</sup> pers. : \_\_\_\_\_ Lien : \_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_\_

3<sup>e</sup> pers. : \_\_\_\_\_ Lien : \_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_\_

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

Aux fins de promotion, acceptez-vous que « Grand Village » prenne des photographies ou des images vidéos de l'utilisateur lors d'activités? (Le Grand Village assure un suivi de la production afin que les documents respectent l'intimité et la dignité de l'individu.)  Non  Oui

Nom et prénom de l'intervenant(e) / travailleur (se) social et numéro de téléphone:  
\_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_\_

Référence (ex : CRDI, CIUSSS...) \_\_\_\_\_

Ratio animateur/campeur :  1 pour 1  1 pour 3  1 pour 4 et plus

Besoins spécifiques :  DI  DP  Poly-handicap  TSA

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

Grandeur t-shirt (offert par le Grand Village)

Grandeur enfant

Grandeur adulte

Petit

Moyen

Petit

Moyen

Grand

T-Grand

Grand

T-Grand

TTGrand

## 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

Alimentation (autonomie):  Mange seul  Mange avec aide  On doit le/la nourrir

Il/elle a besoin d'aide technique à l'alimentation (ex : rebord d'assiette, gobet, cuillère adaptée...) :

Non

Oui

Si oui, lesquelles : \_\_\_\_\_

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

Les liquides épaissis  Non  Oui. Si oui, quelle texture? (ex : nectar, pouding, miel...)

Diète particulière :  Non  Oui. Si oui, expliquez? (ex : sans sucre, faible en protéine...)

Sa compréhension est :  Excellente  Suffisante  Moyenne  Faible

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

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

Il/elle se déplace :  Seul(e) sans aide  Fauteuil manuel  Marche accompagné(e)  
 Canne / béquilles  Fauteuil électrique  Marchette / déambulateur

Les transferts :  Seul  1 pers. (pivot)  À 2 pers.  Lève-personne (doit apporter sa toile)

Il/elle porte :  Orthèse  Prothèse  Lunettes  Dentier

Son audition est :  Excellente  Faible  Porte des appareils auditifs

Sa vue est :  Excellente  Suffisante  Faible  On doit le/la guider

Il/elle va à la toilette:  Seul(e)  Avec supervision  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  Avec aide  
 On doit l'habiller

## COMPORTEMENT

Il/elle a des troubles de comportement :  Non  Oui Si oui, expliquez :

---

---

---

Si oui, quels sont les interventions efficaces pour prévenir ou gérer les troubles de comportement?

---

---

---

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

L'utilisation d'un renforçateur est-il efficace?  Non  Oui

Ex : nourriture, collants, tableau d'émulation, si oui, expliquez :

---

---

---

L'utilisation de pictogrammes pour les séquences, les horaires ou la communication est-elle à privilégier?  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 :  Certaines textures (aliments)  Au toucher  
 Au bruit  Autre

Si oui, expliquez :

---

---

---

Quelles sont ses activités préférées :

---

---

---

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

**Toutes autres informations susceptibles de nous aider :**

---

---

---

---

## TARIFICATION

### Camp de jour (9h00 à 16h00)

Accompagnement 1-1, 5 jours/semaine:	485\$
Accompagnement 1-1, 3 jours/semaine:	206\$
Accompagnement 1-1, 5 jours / 8 semaines:	3 755\$

Accompagnement 1-3, 5 jours/semaine:	385\$
Accompagnement 1-3, 3 jours/semaine:	246\$
Accompagnement 1-3, 5 jours / 8 semaines:	2 955\$

Accompagnement 1-4 à 6, 5 jours/semaine:	360\$
Accompagnement 1-4 à 6, 3 jours/semaine:	231\$
Accompagnement 1-4 à 6, 5 jours / 8 semaines:	2 755\$

### Service de garde (8h00 à 9h00 et 16h00 à 17h00)

	3 jours	5 jours
SDG 1-1 AM:	50\$	80\$
SDG 1-1 PM:	50\$	80\$
SDG 1-1 toute la journée	85\$	135\$

SDG 1-3 AM:	35\$	60\$
SDG 1-3 PM:	35\$	60\$
SDG 1-3 toute la journée	55\$	95\$

SDG 1-4 à 6 AM:	30\$	55\$
SDG 1-4 à 6 PM:	30\$	55\$
SDG 1-4 à 6 toute la journée	50\$	75\$

Vous pouvez procéder à l'inscription de deux façons:

- via notre site internet: [www.grand-village.com](http://www.grand-village.com)
- en remplissant le formulaire d'inscription papier et en le retournant::

Par courriel à : [mission@grand-village.com](mailto:mission@grand-village.com)

Par la poste à:

Société Grand Village  
2434, route Marie-Victorin  
Lévis, Québec, G7A 4H7

**Aucune inscription ne sera prise par téléphone.**

- À la réception de votre demande d'inscription, nous vous contacterons dans les meilleurs délais pour confirmer avec vous les dates choisies.
- Pour toutes questions ou demandes d'information, contactez-nous sur semaine au 418-831-1677 poste 5
- Pour joindre l'équipe du camp de jour sur le terrain durant l'été : 418-831-1677 poste 9

Nous avons hâte de vous accueillir!

L'équipe du Grand Village

***Je déclare que les informations inscrites dans ce 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 et ce, en tout temps.***

Prénom et nom : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

**PRÉSENCE ET CHOIX :**

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Service de garde		
						AM	PM	COMPLET
23 juin au 27 juin 2025								
30 juin au 4 juillet 2025								
7 juillet au 11 juillet 2025								
14 juillet au 18 juillet 2025								
21 juillet au 25 juillet 2025								
28 juillet au 1 août 2025								
4 août au 8 août 2025								
11 août au 15 août 2025								

**Transport adapté :** (pour les résidents de la Ville de Lévis seulement) :

Avez-vous besoin du service de transport adapté?  Non  Oui

Êtes-vous inscrit à la STL?  Non  Oui

Si oui, no. d'utilisateur : \_\_\_\_\_

Modalité de paiement : \_\_\_\_\_

**5. PAIEMENTS :**

Choix 1 (un seul versement)

Choix 2 (deux versements avant le 1 juin 2025)

Argent comptant  Carte de crédit

Chèque

Nom de détenteur de la carte : \_\_\_\_\_ date d'expiration : \_\_\_\_\_

No. de la carte : \_\_\_\_\_ 3 chiffres au verso : \_\_\_\_\_

1<sup>er</sup> versement, date : \_\_\_\_\_

2<sup>e</sup> versement, date : \_\_\_\_\_

**\*\*Les semaines de camps doivent être payées en entier au plus tard le 17 juin 2024\*\***

**Les frais de camps de jour seront payés par :**

Campeur

Famille

CLSC/CSSS

CRDI

Curatelle

Autre

Prénom et nom du payeur : \_\_\_\_\_

Organisation (s'il y a lieu) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

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

Prénom et nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Numéro d'assurance sociale du payeur : \_\_\_\_\_



## 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:**

- médicaments en quantité suffisante pour la journée. (*Dosette obligatoire*)
- culottes d'incontinence (s'il y a lieu) pour la durée du séjour. (*Un minimum 5 par jour s'il/elle doit les porter en tout temps*)
- crème solaire (protection 30 et plus).
- trousse de glycémie complète incluant les bandelettes (pour les diabétiques).
- poudre épaississante et/ou breuvages déjà épaissis.

Numéro d'assurance maladie : \_\_\_\_\_ Expiration \_\_\_\_\_

Poids : \_\_\_\_\_  Kg  Lb Grandeur : \_\_\_\_\_  Mètres  Pieds

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

Si oui, expliquer : \_\_\_\_\_

Il/elle a-t-il été vacciné contre l'hépatite B :  Non  Oui  
Il/elle est-il porteur ou souffre-t-il de l'hépatite B :  Non  Oui  
Il/elle a-t-il été vacciné contre le tétanos :  Non  Oui  
Il/elle a-t-il tendance à développer des plaies de pression :  Non  Oui Si oui, où : \_\_\_\_\_

Prend-il/elle des médicaments :  Non  Oui

***Si oui, bien vouloir remplir la feuille de posologie en annexe et la remettre au préposé aux soins lors de votre arrivée avec la carte d'assurance maladie et la dosette contenant la médication de l'usager 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 :

- Acétaminophène (Ex : Tylenol, Tempra)
- Antiémétique (Ex : Gravol, etc.)
- Antihistaminique qui agit contre les allergies (Ex : Bénédril, Claritin)
- Sirop contre la toux (Ex : Bénylin)
- Anti-inflammatoire (Ex : Advil, Motrin)
- Antibiotique en crème (Ex : Polysporin)
- Laxatif (Ex : jus de pruneau, suppositoire, Fleet)
- Anti diarrhéique (Ex : Immodium)
- Autre : \_\_\_\_\_

**Soins particuliers à savoir** (ex : tube rectal, tendance à régurgiter, tendance à l'étouffement...).

Nom du médecin du campeur (en lettres moulées) : \_\_\_\_\_

Nom de la clinique médicale : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Nom du pharmacien (en lettres moulées) : \_\_\_\_\_

Nom de la pharmacie : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

**Il/elle est atteint de :**

Diabète :  Non  Oui  
Prise de glycémie capillaire  Non  Oui  
Épilepsie :  Non  Oui  
Date de la dernière crise : \_\_\_\_\_  
Haute pression :  Non  Oui  
Basse Pression :  Non  Oui  
Asthme/ trouble respiratoire :  Non  Oui  
Eczéma :  Non  Oui  
Trouble cardiaque :  Non  Oui

Médication diabétique :  Non  Oui  
Si oui, à quelle fréquence : \_\_\_\_\_  
Si oui, à quelle fréquence : \_\_\_\_\_  
Manifestation lors de la crise : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Si oui, expliquez : \_\_\_\_\_

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

Gluten :  Non  Oui  
Arachides :  Non  Oui  
Soya :  Non  Oui  
Fruits de mer :  Non  Oui  
Lactos :  Non  Oui  
Noix :  Non  Oui  
Poisson :  Non  Oui  
Oeuf :  Non  Oui  
Fruits exotiques :  Non  Oui  
Lesquels : \_\_\_\_\_  
Autres :  Non  Oui

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 : \_\_\_\_\_

Manifestation(s) à (aux) allergie(s) en cas de contact avec cet allergène :

\_\_\_\_\_

**Intolérance(s) :** (pouvant causer des maux de ventre, de tête, des diarrhées ou autres malaises)

\_\_\_\_\_

**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  
À quel rythme : \_\_\_\_\_

*Intestinale*

Normale :  Non  Oui  
Incontinence partielle :  Non  Oui  
Constipation :  Non  Oui  
Culottes d'incontinence :  Non  Oui  
Suppositoire :  Non  Oui  
Curage rectal :  Non  Oui  
À quelle fréquence : \_\_\_\_\_

***J'autorise le personnel du 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 est, 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 au camp de vacances avec hébergement.***

Notez que le Grand Village pourra mettre fin en tout temps à une journée ou une semaine de camp en cours si le campeur a des problèmes majeurs de santé qui le rende incapable de participer aux activités prévues dans la programmation régulière.

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_



Camps • Répits • Événements

Le Grand Village  
inspiration & dépassement

## Procédure à suivre lors de votre arrivée au camp

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

### DISPILL OBLIGATOIRE. Aucun pot individuel n'est autorisé

#### Posologie

Nom et prénom du campeur : \_\_\_\_\_

Nom du médicament	Dosage	Raison	AM	Midi	PM
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 : \_\_\_\_\_

---

---

---

### IMPORTANT

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant (ou le participant) durant ou à la fin de la journée de camp :

1<sup>ere</sup> personne : \_\_\_\_\_ lien : \_\_\_\_\_ tel : \_\_\_\_\_

2<sup>e</sup> personne : \_\_\_\_\_ lien : \_\_\_\_\_ tel : \_\_\_\_\_

3<sup>e</sup> personne : \_\_\_\_\_ lien : \_\_\_\_\_ tel : \_\_\_\_\_