

CAMP DE JOUR 2026

2434, Route Marie-Victorin, Lévis, Qc, G7A 4H7

Téléphone : (418) 831-1677

mission@grand-village.com

www.grand-village.com

****inscription avant le 5 avril 2026****

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^e pers. : _____ Lien : _____ Tel : _____

2^e pers. : _____ Lien : _____ Tel : _____

3^e 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 diagnostic 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

☐ Petit

☐ Grand

☐ Moyen

☐ T-Grand

Grandeur adulte

☐ Petit

☐ Grand

☐ Moyen

☐ T-Grand

☐ TTGrand

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

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

☐ Purée

☐ Coupé : _____

☐ Haché en sauce

☐ Haché

☐ 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

☐ Ne s'exprime pas

☐ Avec difficulté

☐ Pictogramme

☐ Peu

☐ Tableau de communication

☐ Par gestes

Il/elle exprime ses besoins : ☐ Toujours

☐ À l'occasion

☐ Jamais

Il/elle se déplace :

☐ Seul(e) sans aide

☐ Canne / béquilles

☐ Fauteuil manuel

☐ Fauteuil électrique

☐ Marche accompagné(e)

☐ 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 aide complète

☐ Avec supervision

☐ Aide pour s'essuyer

Il/elle porte des culottes d'incontinence :

☐ Jamais

☐ Nuit seulement

☐ Toujours

Il/elle s'habille :

☐ Seul(e)

☐ On doit l'habiller

☐ Avec supervision

☐ Avec aide

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 au camp 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, 3 jours/semaine:	315\$
Accompagnement 1-1, 5 jours/semaine:	500\$
Accompagnement 1-1, 5 jours / 8 semaines:	3 355\$
Accompagnement 1-3, 3 jours/semaine:	255\$
Accompagnement 1-3, 5 jours/semaine:	400\$
Accompagnement 1-3, 5 jours / 8 semaines:	2 675\$
Accompagnement 1-4 à 6, 3 jours/semaine:	240\$
Accompagnement 1-4 à 6, 5 jours/semaine:	375\$
Accompagnement 1-4 à 6, 5 jours / 8 semaines:	2 500\$

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:

- **1 pour 1 UNIQUEMENT** : par téléphone au 418-831-1677 poste 5
- via notre site internet: www.grand-village.com
- en remplissant le formulaire d'inscription papier et en le retournant:

Par courriel à : mission@grand-village.com

Par la poste à:

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

- 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'usager et ce, en tout temps.

Prénom et nom : _____ Date : _____

Signature : _____

PRÉSENCE ET CHOIX :

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Service de garde		
						AM	PM	COMPLET
29 juin au 3 juillet 2026								
6 juillet au 10 juillet 2026								
13 juillet au 17 juillet 2026								
20 juillet au 24 juillet 2026								
27 juillet au 31 juillet 2026								
3 août au 7 août 2026								
10 août au 14 août 2026								

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 2026)

☐ Argent comptant ☐ Carte de crédit

☐ Chèque

Nom de détenteur de la carte : _____ date d'expiration : _____

No. de la carte : _____ 3 chiffres au verso : _____

1^{er} versement, date : _____

2^e 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 : Bénédryl, 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

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 : _____

Autres : _____
Lesquels : _____
☐Non ☐Oui

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 : _____

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
			☐	☐	☐
			☐	☐	☐
			☐	☐	☐
			☐	☐	☐
			☐	☐	☐
			☐	☐	☐
			☐	☐	☐
			☐	☐	☐
			☐	☐	☐

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^{re} personne : _____ lien : _____ tel : _____

2^e personne : _____ lien : _____ tel : _____

3^e personne : _____ lien : _____ tel : _____