

CAMP DE VACANCES 2025

avec hébergement

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

Téléphone : (418) 831-1677

mission@grand-village.com

www.grand-village.com

INFORMATION GÉNÉRALE

Nom : _____ Date de naissance: _____

Prénom : _____ Sexe : M F

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

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 urgences autres 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 3 1 pour 4 et plus

Besoins spécifiques : DI DP TSA

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

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 Avec aide En fauteuil roulant

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 se lave : Seul(e) Avec aide On doit le/la laver

Il/elle se brosse mes dents : Seul Avec supervision Avec aide
 On doit les brosser N'a pas de dent

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

Il/elle a besoin d'un côté de lit : Non Oui

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.

Il/elle a des soins particuliers. (Ex : position lors du coucher, dans le fauteuil, etc.)

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 les pistes d'intervention à privilégier :

Quelles sont ses activités préférées :

Quelles sont ses activités problématiques :

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.

RÉSERVATION

Cochez vos choix :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Séjour 1 : 23 juin au 27 juin 2025 | <input type="checkbox"/> Séjour 5 : 21 juillet au 25 juillet 2025 |
| <input type="checkbox"/> Séjour 2 : 30 juin au 4 juillet 2025 | <input type="checkbox"/> Séjour 6 : 28 juillet au 1 ^{er} août 2025 |
| <input type="checkbox"/> Séjour 3 : 7 juillet au 11 juillet 2025 | <input type="checkbox"/> Séjour 7 : 4 août au 8 août 2024 |
| <input type="checkbox"/> Séjour 4 : 14 juillet au 18 juillet 2025 | <input type="checkbox"/> Séjour 8 : 11 août au 15 août 2024 |

Tarifification :

775\$ par séjour

Clientèle : Déficience intellectuelle (DI), déficience physique (DP), trouble du spectre de l'autisme (TSA) de tous âges.
Ratio d'encadrement 1 pour 3 ou 1 pour 4 et plus

Transport (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'usager : _____

Modalité de paiement : _____

PAIEMENTS

1) Les frais de séjour sont payés par :

Famille Campeur Prénom et nom du payeur : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ Télécopieur : _____ Courriel : _____

Argent comptant

Chèque

Carte de crédit

Nom du détenteur de la carte : _____

Numéro de la carte : _____

Expiration : _____ 3 chiffres au verso : _____

Pour ceux dont le payeur est le campeur ou la famille, le paiement total doit être reçu en date du 1^{er} mai 2024

Relevé 24 (Frais de garde pour impôt pour parents payeurs seulement.)

Les personnes désirant un relevé 24 doivent remplir les informations suivantes:

Nom et prénom du payeur : _____

Adresse du payeur : _____

Numéro d'assurance sociale du payeur: _____

2) Les frais de séjour sont payés par :

CLSC / CSSS CRDI Curatelle Autre : _____

Nom de l'organisation : _____

Nom de la personne contacte : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ Télécopieur : _____ Courriel : _____

Je déclare que les informations 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 : _____

Prénom et nom : _____

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:

- médicaments en quantité suffisante pour la durée du séjour. (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 : Bénéadryl, 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 un séjour 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 : _____

