

# CAMP DE VACANCES 2026

avec hébergement

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

Téléphone : (418) 831-1677

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

[www.grand-village.com](http://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<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 3 et +  1 pour 1 (nous appeler pour l'inscription)

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  
 Purée  Haché en sauce  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 : 29 juin au 3 juillet 2026      | <input type="checkbox"/> Séjour 5 : 27 juillet au 31 juillet 2026 |
| <input type="checkbox"/> Séjour 2 : 6 juillet au 10 juillet 2026   | <input type="checkbox"/> Séjour 6 : 3 août au 7 août 2026         |
| <input type="checkbox"/> Séjour 3 : 13 juillet au 17 juillet 2026  | <input type="checkbox"/> Séjour 7 : 10 août au 14 août 2024       |
| <input type="checkbox"/> Séjour 4 : 20 juillet au 24 juillet 20256 |   |

## TARIFICATION :

### 785\$ 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 et plus.

### 965\$ par séjour

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

## 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<sup>er</sup> 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'utilisateur 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 de pharmacie obligatoire)
- profil pharmaceutique 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  
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 : \_\_\_\_\_

Procédure à suivre lors de votre arrivée *au camp de vacances avec hébergement*

- 1) L'arrivée est TOUJOURS prévue à 10h00 et le départ entre 13h00 et 14h00
- 2) Présentez-vous à l'accueil et rencontrez notre préposé aux soins et remettez-lui en main propre la carte d'assurance maladie, la dosette contenant la médication du campeur pour la durée du séjour, ainsi que le présent formulaire dûment rempli.

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

Posologie

Nom et prénom du campeur : \_\_\_\_\_

Nom du médicament	Dosage	Raison	Déjeuner	Dîner	Souper	Coucher
			<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"/>	<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"/>	<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 : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_