

1. Information générale

Nom Date de naissance

Prénom Garçon Fille

Adresse Appartement

Ville Province Code postal

Nom et prénom du 1^{er} parent

Tél. résidence Tél. bureau Tél. cellulaire

Adresse courriel

Nom et prénom du 2^e parent

Tél. résidence Tél. bureau Tél. cellulaire

Adresse courriel

Personnes ressources à contacter pour informations ou urgences

1^{ère} personne Lien Téléphone

2^e personne Lien Téléphone

3^e personne Lien Téléphone

Est-ce une première expérience en camp de jour Non Oui

Aux fins de promotions, acceptez-vous que le 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 de l'intervenant(e) / travailleur(se) social(e)

Téléphone

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

Il/elle peut faire de l'équitation* Non Oui

* Les séances d'équitation et de trampoline sont adaptées à toutes nos clientèles. Le Grand Village possède l'équipement et le personnel pour que le déroulement soit sécuritaire et amusant.

Il/elle est atteint de:

Asthme/trouble respiratoire Non Oui

Diabète Non Oui

Eczéma Non Oui

Trouble cardiaque 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)

Gluten Non Oui

Lactose Non Oui

Arachides Non Oui

Noix Non Oui

Soya Non Oui

Poisson Non Oui

Fruits de mer Non Oui

Oeufs Non Oui

Fruits exotiques Non Oui

Lesquels

Latex Non Oui

Foins Non Oui

Pollen Non Oui

Piqûres d'insectes Non Oui

Lesquels

Poils d'animaux Non Oui

Lesquels

Pénicilline Non Oui

Aspirine Non Oui

Autres Non Oui

Précisez

Manifestations à (aux) allergie(s) en cas de contact avec l'allergène

Possède-t-il un système d'injection (Épipen, Twinject...) Non Oui

Lesquels

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...)

Recommandations spéciales (ex TDA, TDAH, restriction physique)

Numéro d'assurance maladie

Date d'expiration

Poids

Grandeur

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

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Acétaminophène (Ex: Tylenol, Trempra) | <input type="checkbox"/> Anti-inflammatoire (Ex: Advil, Motrin) |
| <input type="checkbox"/> Antiémétique (Ex: Gravol) | <input type="checkbox"/> Antibiotique en crème (Ex: Polysporin) |
| <input type="checkbox"/> Antihistaminique qui agit contre les allergies (Ex: Bénédryl) | <input type="checkbox"/> Laxatif (Ex: jus de pruneaux, suppositoire, Fleet) |
| <input type="checkbox"/> Sirop contre la toux (Ex: Bénylin) | <input type="checkbox"/> Anti diarrhéique (Ex: Immodium) |

Autre

Ratio animateur / campeur

- 1 pour 1 1 pour 2 1 pour 3

Il/elle vit avec

- DI DP TSA

Il/elle a des troubles de comportement?

- Non Oui Si oui, expliquez et nommez les interventions à privilégier

L'utilisation d'un renforçateur est-il efficace (ex: nourriture, collants, tableau d'émulation, etc.)?

- Non Oui Si oui, expliquez

A-t-il(elle) des réactions marquées?

- À certaines textures (aliments)
 Au bruit

- Non Oui Si oui, expliquez
- Au toucher
 Autre

A-t-il(elle) des rigidités (alimentaires, spatio-temporelles...)?

- Non Oui Si oui, expliquez

Quelles sont les activités qui pourraient être problématiques

Informations supplémentaires
(Inscrire toutes autres informations susceptibles d'aider le Grand Village)

Il/elle se déplace

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Seul(e) | <input type="checkbox"/> Fauteuil manuel | <input type="checkbox"/> Marche accompagné(e) |
| <input type="checkbox"/> Canne ou béquille | <input type="checkbox"/> Fauteuil électrique | <input type="checkbox"/> Marchette ou déambulateur |

Sa compréhension est

- | | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Excellente | <input type="checkbox"/> Suffisante | <input type="checkbox"/> Moyenne | <input type="checkbox"/> Faible |
|-------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|

Il/elle s'exprime

- | | | | |
|---|--|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Normalement | <input type="checkbox"/> Avec difficulté | <input type="checkbox"/> Peu | <input type="checkbox"/> Par geste |
| <input type="checkbox"/> Ne s'exprime pas | <input type="checkbox"/> Pictogramme | <input type="checkbox"/> Tableau de communication | |

Il/elle exprime ses besoins

- | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Toujours | <input type="checkbox"/> À l'occasion | <input type="checkbox"/> Jamais |
|-----------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|

Alimentation (autonomie)

- | | | |
|----------------------------------|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Seul(e) | <input type="checkbox"/> Avec aide | <input type="checkbox"/> On doit le(la) nourrir |
|----------------------------------|------------------------------------|---|

Il/elle a besoin d'aide technique à l'alimentation
Ex: rebord d'assiette, anti-dérapant, cuillère adaptée, gobelet, plateau surélevé.
Mentionnez-les tous.

- Non Oui Si oui, lesquels

Alimentation (particularité)

- | | | |
|---|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Normale | <input type="checkbox"/> Coupé | <input type="checkbox"/> Coupé finement |
| <input type="checkbox"/> Purée texturée | <input type="checkbox"/> Purée lisse | <input type="checkbox"/> Gavage |

Les liquides doivent être épaissis

- Non Oui

Diète particulière
Ex: sans sucre, faible en protéine...

- Non Oui Si oui, expliquez

4. RÉSERVATIONS

Coûts:
CLIENTÈLE RÉGULIÈRE

Camp complet (8 semaines)	1520\$
Tarif par semaine	205\$

SERVICE DE GARDE

AM seulement 07h00 à 09h00	60\$/sem
PM seulement 16h00 à 17h30	45\$/sem
AM ET PM	90\$/sem

Coûts:
CLIENTÈLE À BESOINS SPÉCIFIQUES (DI-DP-TSA)
Ratio 1/1

Camp complet (8 semaines)	2340\$
Tarif par semaine (5 jours)	305\$
Tarif par semaine (3 jours)	200\$

SERVICE DE GARDE

AM seulement 07h00 à 09h00	75\$/sem
PM seulement 16h00 à 17h30	60\$/sem
AM ET PM	120\$/sem

Coûts:
CLIENTÈLE À BESOINS SPÉCIFIQUES (DI-DP-TSA)
Ratio 1/2

Camp complet (8 semaines)	1650\$
Tarif par semaine (5 jours)	255\$
Tarif par semaine (3 jours)	165\$

SERVICE DE GARDE

AM seulement 07h00 à 09h00	60\$/sem
PM seulement 16h00 à 17h30	45\$/sem
AM ET PM	90\$/sem

Coûts:
CLIENTÈLE À BESOINS SPÉCIFIQUES (DI-DP-TSA)
Ratio 1/3

Camp complet (8 semaines)	1600\$
Tarif par semaine (5 jours)	215\$
Tarif par semaine (3 jours)	135\$

SERVICE DE GARDE

AM seulement 07h00 à 09h00	60\$/sem
PM seulement 16h00 à 17h30	45\$/sem
AM ET PM	90\$/sem

Présences	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SERVICE GARDE		
<input type="checkbox"/> Semaine du 25 au 29 juin	<input type="checkbox"/> 25	<input type="checkbox"/> 26	<input type="checkbox"/> 27	<input type="checkbox"/> 28	<input type="checkbox"/> 29	<input type="checkbox"/> AM	<input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM/PM
<input type="checkbox"/> Semaine du 2 au 6 juillet	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> AM	<input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM/PM
<input type="checkbox"/> Semaine du 9 au 13 juillet	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 11	<input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/> 13	<input type="checkbox"/> AM	<input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM/PM
<input type="checkbox"/> Semaine du 16 au 20 juillet	<input type="checkbox"/> 16	<input type="checkbox"/> 17	<input type="checkbox"/> 18	<input type="checkbox"/> 19	<input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> AM	<input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM/PM
<input type="checkbox"/> Semaine du 23 au 27 juillet	<input type="checkbox"/> 23	<input type="checkbox"/> 24	<input type="checkbox"/> 25	<input type="checkbox"/> 26	<input type="checkbox"/> 27	<input type="checkbox"/> AM	<input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM/PM
<input type="checkbox"/> Semaine du 30 juil au 3 août	<input type="checkbox"/> 30	<input type="checkbox"/> 31	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> AM	<input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM/PM
<input type="checkbox"/> Semaine du 6 au 10 août	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> AM	<input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM/PM
<input type="checkbox"/> Semai13 au 17 août	<input type="checkbox"/> 13	<input type="checkbox"/> 14	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 16	<input type="checkbox"/> 17	<input type="checkbox"/> AM	<input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM/PM

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

5. PAIEMENTS

Modalité de paiement (voir informations générales dans la brochure)

CHOIX 1 (1 seul versement)

CHOIX 2 (3 versements avant le 20 juin 2018)

Argent comptant

Chèque

Carte de crédit

Nom du détenteur de la carte

Date d'expiration

Numéro de la carte

3 chiffres au verso

Les frais de séjour sont payés par

Usager

Famille

CLSC / CIUSSS*

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). 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.

Signature

Date

Nom

Prénom

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 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.

Signature

Date

Nom

Prénom