

CAMP DE JOUR ÉTÉ 2018

2434, route Marie-Victorin, Lévis, Québec, G7A 4H7
Téléphone: 418 831-1677 Télécopie: 418 831-6561
marie-michele.roy@grand-village.com
www.grand-village.com

Bien vouloir joindre à ce formulaire une photo récente de l'enfant

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

Les questions dans un encadré grisonné s'adressent spécifiquement à la clientèle avec des besoins particuliers.

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
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
Eczéma Non Oui
Trouble cardiaque Non Oui

Diabète 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
Arachides Non Oui
Soya Non Oui
Fruits de mer Non Oui
Fruits exotiques Non Oui

Lactose Non Oui
Noix Non Oui
Poisson Non Oui
Oeufs Non Oui

Lesquels

Latex Non Oui
Pollen Non Oui
Piqûres d'insectes Non Oui
Poils d'animaux Non Oui

Foins Non Oui

Lesquels

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) |
| <input type="checkbox"/> Autre | <input type="text"/> |

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?

Non Oui

Si oui, expliquez

- À certaines textures (aliments)
 Au bruit

- 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-dérappant, 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 (7 semaines) 950\$
 Tarif par semaine 150\$

SERVICE DE GARDE

AM seulement 07h30 à 09h00 25\$/sem
 PM seulement 16h00 à 17h30 25\$/sem
 AM ET PM 30\$/sem

Coûts:

CLIENTÈLE À BESOINS SPÉCIFIQUES (DI-DP-TSA)

Ratio 1/1

Camp complet (7 semaines) 2000\$
 Tarif par semaine (5 jours) 305\$
 Tarif par semaine (3 jours) 200\$

SERVICE DE GARDE

AM seulement 07h30 à 09h00 75\$/sem
 PM seulement 16h00 à 17h30 75\$/sem
 AM ET PM 100\$/sem

Coûts:

CLIENTÈLE À BESOINS SPÉCIFIQUES (DI-DP-TSA)

Ratio 2/1

Camp complet (7 semaines) 1650\$
 Tarif par semaine (5 jours) 255\$
 Tarif par semaine (3 jours) 165\$

SERVICE DE GARDE

AM seulement 07h30 à 09h00 60\$/sem
 PM seulement 16h00 à 17h30 60\$/sem
 AM ET PM 80\$/sem

Coûts:

CLIENTÈLE À BESOINS SPÉCIFIQUES (DI-DP-TSA)

Ratio 3/1

Camp complet (7 semaines) 1300\$
 Tarif par semaine (5 jours) 205\$
 Tarif par semaine (3 jours) 130\$

SERVICE DE GARDE

AM seulement 07h30 à 09h00 50\$/sem
 PM seulement 16h00 à 17h30 50\$/sem
 AM ET PM 60\$/sem

Présences

LUNDI

MARDI

MERCREDI

JEUDI

VENDREDI

SERVICE GARDE

Semaine du 26 au 30 juin

26

27

28

29

30

AM PM AM/PM

Semaine du 3 au 7 juillet

3

4

5

6

7

AM PM AM/PM

Semaine du 10 au 14 juillet

10

11

12

13

14

AM PM AM/PM

Semaine du 17 au 21 juillet

17

18

19

20

21

AM PM AM/PM

Semaine du 24 au 28 juillet

24

25

26

27

28

AM PM AM/PM

Semaine du 31 juil au 4 août

31

1

2

3

4

AM PM AM/PM

Semaine du 7 au 11 août

7

8

9

10

11

AM PM AM/PM

Autres options

DÎNER (25\$/semaine)

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 1^{er} mai 2017)

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