

## 1. Information générale

Nom  Date de naissance

Prénom   Garçon  Fille

Adresse  Appartement

Ville  Province  Code postal

Nom et prénom du 1<sup>er</sup> parent

Tél. résidence  Tél. bureau  Tél. cellulaire

Adresse courriel

Nom et prénom du 2<sup>e</sup> parent

Tél. résidence  Tél. bureau  Tél. cellulaire

Adresse courriel

### Personnes ressources à contacter pour informations ou urgences

1<sup>ère</sup> personne  Lien  Téléphone

2<sup>e</sup> personne  Lien  Téléphone

3<sup>e</sup> 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 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)                    |

Autre

Ratio animateur / campeur

1 pour 1

1 pour 2

1 pour 3

1 pour 4 à 6

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

### Grilles des tarifs:

Services/Ratio	1/4 -1/6	1/3	1/2	1/1
Camp complet (8 semaines)	1525\$	1605\$	1935\$	2345\$
Tarifs à la semaine	210\$	220\$	260\$	310\$
Tarifs à la semaine (3 jours/sem.)	130\$	140\$	170\$	210\$
Service de garde AM (7h30 à 9h)	60\$/sem.	60\$/sem.	60\$/sem.	75\$/sem.
Service de garde PM (16h à 17h30)	45\$/sem.	45\$/sem.	45\$/sem.	60\$/sem.
Service de garde complet (AM et PM)	90\$/sem.	90\$/sem.	90\$/sem.	120\$/sem.
Service de garde 3 jours /sem. AM	36\$/sem.	36\$/sem.	36\$/sem.	45\$/sem.
Service de garde 3 jours/sem. PM	24\$/sem.	24\$/sem.	24\$/sem.	36\$/sem.
Service de garde complet 3 jours/sem.	54\$/sem.	54\$/sem.	54\$/sem.	72\$/sem.
Service de repas (temps complet)	25\$/sem.			
Service de repas (par jour)	5.75\$/jour			

### Présences et choix de services :

*Veillez cocher les journées choisies (et ce même si vous prenez l'été complet) et les périodes de service de garde désirées. Pour les repas, cochez seulement si vous les prenez.*

Semaines/Choix	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Service de garde			Repas
						AM	PM	C	
24 au 28 juin									
1 <sup>er</sup> au 5 juillet									
8 au 12 juillet									
15 au 19 juillet									
22 au 26 juillet									
29 juil. au 2 août									
5 au 9 août									
12 au 16 août									

*\*Dans la section « Service de garde » le « C » signifie Complet.*

**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 23 juin 2019)

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