

Répit 2026-2027

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 1 ☐ 1 pour 3 ☐ 1 pour 4 et plus

Besoins spécifiques : ☐ DI ☐ DP ☐ Poly-handicap ☐ TSA

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

AUTONOMIE

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 ☐ Fauteuil manuel ☐ Marche accompagné(e)
☐ Canne / béquilles ☐ Fauteuil électrique ☐ Marchette / déambulateur

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 les 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.

L'utilisation d'un renforçateur est-il efficace?

☐ Non☐ Oui

Ex : nourriture, collants, tableau d'émulation, si oui, expliquez :

L'utilisation de pictogrammes pour les séquences, les horaires ou la communication est-elle à privilégier?

☐ Non☐ Oui

Si oui, expliquez :

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 ses activités préférées :

☐ 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.

[illegible]

Par téléphone en contactant Laurence Plante au 418-831-1677 poste 5

 **Grand Village**
Camps • Répits • Événements

Le Grand Village
inspiration & dépassement

PAIEMENTS

1) Les frais de répit 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, les paiements doivent être reçus au début du répit, à l'arrivée du campeur.

Relevé 24 (Frais de garde pour impôt pour parents payeurs seulement. *SEULS LES PÉDAGOS, LES RÉPIT DE NOËL ET LE CAMP DE LA RELÂCHE* donnent droit à un relevé 24)

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 : _____

Le reçu sera fait seulement si le parent qui en a fait la demande a fournis les infos à l'inscription.

2) Les frais de répit 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 : _____

Tarifs :

Ratio / nuitées	2 nuitées	3 nuitées	À la journée (courte)	À la journée (longue)	Camp de jour de la relâche (5 jours)	Camp de jour de la relâche (3 jours)	Journée pédagogique
Ratio 1/1	435 \$	575 \$	175 \$	225 \$	500 \$	315 \$	175 \$
Ratio 1/3	345 \$	455 \$	155 \$	195 \$	400 \$	255 \$	155 \$

Répits saison 2026-2027 (Cochez vos choix)

Répits 3 nuitées tous âges, DI, DP, TSA. Ratio 1/3 + et 1/1 sur demande

- ☐ 4, 5, 6, 7 septembre 2026
- ☐ 9, 10, 11, 12 octobre 2026
- ☐ 27, 28, 29, 30 décembre 2026
- ☐ 26, 27, 28, 29 mars 2027
- ☐ 21, 22, 23, 24 mai 2027

Répits 2 nuitées tous âges, DI, DP, TSA. Ratio 1/3+ 1/1

- ☐ 18, 19, 20 septembre 2026
- ☐ 25, 26, 27 septembre 2026
- ☐ 23, 24, 25 octobre 2026
- ☐ 30, 31 octobre et 1 novembre 2026
- ☐ 13, 14, 15 novembre 2026
- ☐ 20, 21, 22 novembre 2026
- ☐ 4, 5, 6 décembre 2026
- ☐ 11, 12, 13 décembre 2026
- ☐ 15, 16, 17 janvier 2027
- ☐ 22, 23, 24 janvier 2027
- ☐ 5, 6, 7 février 2027
- ☐ 19, 20, 21 février 2027
- ☐ 26, 27, 28 février 2027
- ☐ 12, 13, 14 mars 2027
- ☐ 9, 10, 11 avril 2027
- ☐ 23, 24, 25 avril 2027
- ☐ 8, 9, 10 mai 2027
- ☐ 30 avril, 1, 2 mai 2027
- ☐ 14, 15, 16 mai 2027
- ☐ 4, 5, 6 juin 2027

Camp de jour de la relâche!

Lundi au vendredi de 9h00 à 16h00 / Service de garde (en sus) de 8h00 à 9h00 et 16h00 à 17h00
DI, DP et TSA Ratio 1/3 + et 1/1 sur demande (Clientèle scolaire uniquement)

- ☐ 1, 2, 3, 4, 5, 6 mars 2027 (5 jours)
- ☐ 1, 2, 3, 4, 5, 6 mars 2027 (3 jours) Mentionnez les jours désirés: _____

Journées pédagogiques (selon le calendrier du Centre Scolaire des Navigateurs)

Horaire de 9h00 à 16h00

- | | |
|--|--|
| ☐ 18 septembre 2026 | ☐ 22 janvier 2027 |
| ☐ 20 novembre 2026 | ☐ 19 février 2027 |
| ☐ 4 décembre 2026 | ☐ 23 avril 2027 |
| | ☐ 21 mai 2027 |

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 répit. (**Dosette de pharmacie obligatoire**)
- culottes d'incontinence (s'il y a lieu) pour la durée du répit.
(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 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

Soins particuliers à savoir (ex : 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 : _____

Insuline : ☐ Non ☐ Oui

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 aux répités de fin de semaine.***

Notez que le Grand Village pourra mettre fin en tout temps à un répit 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 : _____