

Bien vouloir joindre à ce formulaire une photo récente du campeur

1. Informations générales

Nom Date de naissance

Prénom

Garçon Fille

Adresse Appartement

Ville Province Code postal

Téléphone

Courriel

Nom et prénom du 1^{er} parent

Tél. maison Tél. bureau Cellulaire

Nom et prénom du 2^e parent

Tél. maison Tél. bureau Cellulaire

Personnes ressources à contacter pour informations ou urgences autres que les 2 parents mentionnés ci-haut.

1^{ère} personne Lien Téléphone

2^e personne Lien Téléphone

3^e personne Lien Téléphone

Cochez si les parents sont les premiers à contacter en cas d'urgence.

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

Aux fins de promotions, acceptez-vous que le Grand Village utilise des photographies ou des images vidéos du campeur lors de son séjour? (Le Grand Village assure un suivi de la production afin que les documents respectent l'intimité et la dignité de l'individu.) Non Oui

Prénom et nom de l'intervenant(e) / trav. social(e) Téléphone

Référence (ex: CRDI, CIUSSS...)

Autorisation de communiquer avec l'intervenant(e) (au besoin, pour précision, pour présence sur le camp) Non Oui

Ratio animateur / campeur 1 pour 1 1 pour 2 1 pour 3 1 pour 4-5 1 pour 6-8

Il/elle vit avec DI DP Poly-handicap TSA

Indiquez le diagnostic précis, incluant les syndromes et les autres troubles (ex: DI sévère, paralysie cérébrale, syndrômes...)

2. Autonomie

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

**Le Grand Village possède l'équipement et le personnel pour que le déroulement soit sécuritaire et amusant pour toutes les clientèles.*

Alimentation (autonomie) Seul(e)

Avec aide On doit le(la) nourrir

Si aide, précisez

Il/elle a besoin d'aide technique à l'alimentation (Ex: rebord d'assiette, anti-dérappant, cuillère adaptée, gobelet...)

Non Oui

Si oui, lesquelles

Alimentation (particularité) Normale Purée texturée

Coupé Haché finement Purée lisse Gavage

Les liquides doivent être épaissis Non Oui

Si oui, quelle texture (nectar, pouding, miel)

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

Si oui, expliquez

Sa compréhension est Excellente

Suffisante Moyenne Faible

Il/elle s'exprime Normalement Ne s'exprime pas

Avec difficulté Pictogramme Peu Par geste Tableau de communication

Il/elle exprime ses besoins Toujours

À l'occasion Jamais

Il/elle se déplace Seul(e) Canne ou béquille

Fauteuil manuel Fauteuil électrique Marche accompagné(e) Marchette ou déambulateur

Il/elle porte Orthèse

Prothèse Lunettes Dentier

Son audition est Excellente

Faible Appareil auditif

Sa vue est Excellente

Suffisante On doit guider Faible

Il/elle va à la toilette Seul(e) Avec aide complète

Avec supervision Avec aide pour s'essuyer

Il/elle porte des culottes d'incontinence Jamais

Toujours

Il/elle s'habille Seul(e)

Avec supervision On doit l'habiller Avec aide

3. Comportement

Il/elle a des troubles de comportement

Non Oui

Si oui, expliquez

Si oui, quelles sont les interventions efficaces pour prévenir et gérer les troubles de comportement?

Notez que le Grand Village pourra mettre fin en tout temps à un séjour en cours si le campeur a des comportements agressifs mettant en péril l'intégrité des autres campeurs ou du personnel ou a des problèmes importants de désorganisation.

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

Non Oui Si oui, expliquez

Les renforçateurs alimentaires doivent être fournis par la famille.

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

Non Oui

Si oui, expliquez

Est-il(elle) éveillé(e) à la sexualité

Non Oui Si oui, expliquez (paroles ou gestes à surveiller)

A-t-il(elle) des réactions marquées

À certaines textures (aliments) Au toucher
 Au bruit Autre

Si oui, lesquelles

Quelles sont ses activités préférées

Quelles sont les activités qui pourraient être problématiques

J'autorise, par la présente, Grand Village à faire participer la personne à ma charge aux sorties et à toutes les activités qui s'y rattachent.

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

4. RÉSERVATION

Grille de tarifs

Services / Ratio	1 pour 4-6	1 pour 3	1 pour 2	1 pour 1
Camp complet (7 semaines)	1780\$	1955\$	2305\$	2655\$
Tarifs à la semaine	265\$	290\$	340\$	390\$
Tarifs à la semaine (3 jours / sem.)	174\$	189\$	219\$	249\$
Service de garde AM (8h à 9h)	30\$	35\$	40\$	50\$
Service de garde PM (16h à 17h30)	30\$	35\$	40\$	50\$
Service de garde complet (AM et PM)	50\$	55\$	65\$	85\$

Prenez note que la direction réévaluera chacun des dossiers avec une grille de cotation objective pour s'assurer que le ratio choisi soit adapté aux besoins du campeur.

Présences et choix de services :

Veuillez cocher les journées choisies (et ce même si vous prenez l'été complet) et les périodes de service de garde désirées.

Semaines / Choix	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Service de garde		
						AM	PM	COMPLET
27 juin au 1 juillet 2022								
4 au 8 juillet 2022								
11 au 15 juillet 2022								
18 au 22 juillet 2022								
25 au 29 juillet 2022								
1 au 5 août 2022								
8 au 12 août 2022								

Transport adapté (pour les résidents de la grande ville de Lévis seulement):

Avez-vous besoin du service de transport adapté : Non Oui

Êtes-vous inscrit à la STL : Non Oui

Nous devons recevoir l'information AVANT LE 27 MAI 2022

5. PAIEMENT

Modalités de paiement (voir informations générales dans la brochure)

CHOIX 1 (seul versement)

CHOIX 2 (2 versements avant le 20 juin 2022)

Argent comptant

Chèque

Carte de crédit

Nom du détenteur de la carte

Date d'expiration

Numéro de la carte

3 chiffres au verso

1^{er} versement

Date

2^e versement

Date

****Le camp doit être payé en entier au plus tard le 20 juin 2022****

Les frais de camp de jour sont payés par

Campeur

Famille

CLSC /CSSS*

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 pour parents payeurs seulement). Les personnes désirant recevoir ce relevé doivent remplir les informations suivantes

Nom

Prénom

Adresse

Numéro d'assurance sociale du PAYEUR

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 et ce, en tout temps.

Signature

Nom

Prénom

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:

- Les médicaments en quantité suffisante pour la durée de la journée (dosette obligatoire)
- Des culottes d'incontinence (s'il y a lieu) pour la durée de la journée (Minimum 3 par jour s'il/elle en porte en tout temps)
- Leur crème solaire (protection 30 et plus)
- Une trousse de glycémie complète incluant les bandelettes (pour les diabétiques)
- Une poudre épaississante et/ou breuvages déjà épaissis
- **Dispill obligatoire pour la médication. Aucune manipulation de médicaments par l'équipe de soins n'est autorisée**

Numéro d'assurance maladie

Date d'expiration

Poids

Grandeur

A-t-il été hospitalisé(e) dans les 12 derniers mois?

 Non Oui

Si oui, expliquez

A-t-il/elle été vacciné(e) contre l'hépatite B?

 Non Oui

Est-il/elle porteur(se) ou souffre-t-il/elle de l'hépatite B?

 Non Oui

A-t-il/elle été vacciné contre le tétanos?

 Non Oui

A-t-il/elle tendance à développer des plaies de pression?

 Non Oui

Prend-il/elle des médicaments?

 Non Oui

Si oui, bien vouloir remplir la feuille de posologie en annexe et la remettre aux préposés aux soins lors de votre arrivée avec la carte d'assurance maladie et la dosette contenant la médication du campeur pour la durée du camp.

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) Anti-inflammatoire (Ex: Advil, Motrin) Antiémétique (Ex: Gravol) Antibiotique en crème (Ex: Polysporin) Antihistaminique qui agit contre les allergies (Ex: Bénadryl) Laxatif (Ex: jus de pruneaux, suppositoire, Fleet) Sirop contre la toux (Ex: Bénylin) Anti diarrhéique (Ex: Immodium) Autre**Soins particuliers à savoir**

(ex: tube rectal, anus artificiel, tendance à régurgiter, tendance à l'étouffement, etc)

Nom de la clinique médicale

Téléphone

Nom du médecin

Nom de la pharmacie

Téléphone

Il/elle est atteint de:

- Asthme/trouble respiratoire Non Oui
- Eczéma Non Oui
- Haute pression Non Oui
- Trouble pulmonaire Non Oui
- Trouble cardiaque Non Oui

- Diabète Non Oui
- Prise de glycémie capillaire Non Oui
- Basse pression Non Oui
- Dysphagie Non Oui

Si oui, expliquez

- Épilepsie Non Oui

Si oui, expliquez la manifestation et donnez la date de la dernière crise

Allergie(s): (causant des réactions cutanées, respiratoires, cardiaques... qui nécessite un épipen)

Alimentaire

- Gluten Non Oui
- Arachides Non Oui
- Soya Non Oui
- Fruits de mer Non Oui
- Lactose Non Oui
- Noix Non Oui
- Poisson Non Oui
- Oeufs Non Oui
- Fruits exotiques Non Oui

Lesquels

- Autres Non Oui

Manifestation en cas de contact avec l'allergène

- Possède-t-il/elle 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...)

Autre

- 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

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

Rythme

Rectale

- Normale Non Oui
- Incontinence partielle Non Oui
- Culottes d'incontinence Non Oui
- Constipation Non Oui
- Suppositoire Non Oui
- Curage rectal Non Oui

Fréquence

J'autorise le 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.

J'atteste, selon les renseignements médicaux fournis que la personne sous ma charge est apte à participer à un camp de jour.

Notez que le Grand Village pourra mettre fin en tout temps au camp de jour en cours si le campeur a des problèmes majeurs de santé qui le rendent incapable de participer aux activités prévues dans la programmation régulière.

Nom

Prénom

Signature

Date

Procédure à suivre lors de votre arrivée au camp

- 1) Si le campeur prend des médicaments au cours de sa journée, veuillez s.v.p. en aviser l'animateur de celui-ci pour qu'il puisse les remettre aux préposés aux soins.
- 2) Remplissez la feuille de posologie ci-dessous en indiquant clairement l'heure à laquelle prendre la médication.

POSOLOGIE

Nom du campeur Prénom du campeur

Nom du médicament	Dosage	Raison	Déjeuner	Dîner
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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