

1. Information générale

Nom Date de naissance

Prénom Homme Femme

La résidence actuelle Parent Famille d'accueil R.I. RTF CHSLD Autre

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, CUISSS...)

Ratio animateur / campeur 1 pour 1 ** 1 pour 2 1 pour 3 1 pour 4-5 1 pour 6-8
uniquement au 6e séjour uniquement au 6e séjour

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, syndrome Gilles de la Tourette...)

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

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

Non Oui

Si oui, lesquels

Alimentation (particularité) Normale Coupé Haché finement
 Purée texturée Purée lisse Gavage

Les liquides doivent être épaissis Non Oui

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

Diète particulière Non Oui

Ex: sans sucre, faible en protéine...

Si oui, expliquez

Sa compréhension est Excellente Suffisante Moyenne Faible

Il/elle s'exprime Normalement Avec difficulté Peu Par geste
 Ne s'exprime pas Pictogramme Tableau de communication

Il/elle exprime ses besoins Toujours À l'occasion Jamais

Il/elle se déplace Seul(e) Fauteuil manuel Marche accompagné(e)
 Canne ou béquille Fauteuil électrique Marchette ou déambulateur

Il/elle se transfert Seul(e) À une pers. (pivot) À 2 pers. Lève-personne
**doit apporter sa toile

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 se lave Seul Avec supervision On doit laver Avec aide

Expliquez (ex: aide pour les cheveux seulement, nommer les parties du corps à laver...)

Il/elle se brosse les dents Seul(e) Avec supervision Avec aide
 On doit les brosser Pas de dent **

**Si pas de dent: doit-on brosser les gencives, utiliser du rince-bouche?

Il/elle va à la toilette Seul(e) Avec supervision Avec 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 On doit l'habiller Avec aide

Il/elle a besoin d'un côté de lit Non Oui

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-il efficace (ex: nourriture, collants, tableau d'émulation, etc.)

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

Tarifs :

Ratio / nuitées	2 nuitées	3 nuitées	À la journée (courte)	À la journée (longue)
Ratio 1/1	345 \$	460 \$	140 \$	180\$
Ratio 1/2	285 \$	380 \$	120 \$	160\$
Ratio 1/3	255 \$	340 \$	110 \$	150\$
Ratio 1/4 et plus	225 \$	300 \$	100 \$	140\$

Répits saison 2021-2022 **COCHEZ VOTRE CHOIX**

Répits 3 nuitées TOUS ÂGES

DI-DP-TSA

Ratio 1/2, 1/3 ou plus EXCLUSIVEMENT

- 3 au 6 septembre 2021
- 8 au 11 octobre 2021
- 27 au 30 décembre 2021
- 10 au 13 mars 2022
- 15 au 18 avril 2021
- 20 au 23 mai 2022

Répits 2 nuitée RÉGULIER

DI-DP-TSA

Ratio 1/2, 1/3 ou 1/4+, place limitées en 1/1

- 28 et 29 août 2021
- 17 au 19 septembre 2021
- 15 au 17 octobre 2021
- 5 au 7 novembre 2021
- 19 au 21 novembre 2021
- 10 au 12 décembre 2021
- 21 au 23 janvier 2022
- 4 au 6 février 2022
- 25 au 27 février 2022
- 25 au 27 mars 2022
- 29 avril au 1er mai 2022
- 10 au 12 juin 2022

Répits 2 nuitées 1/1 TOUS ÂGES

DI-DP-TSA

Ratio 1/1 EXCLUSIVEMENT

- 24 au 26 septembre 2021
- 29 au 31 octobre 2021
- 26 au 28 novembre 2021
- 17 au 19 décembre 2021
- 14 au 16 janvier 2022
- 18 au 20 février 2022
- 1er au 3 avril 2022
- 13 au 15 mai 2022
- 3 au 5 juin 2022

5. PAIEMENT

**** Le répit doit être payé en son entier AVANT le début de celui-ci ****

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

Date d'expiration

Numéro de la carte

3 chiffres au verso

Relevé 24 (frais de garde pour impôts pour parents payeurs seulement). Les personnes désirant recevoir ce relevé doivent remplir les informations suivantes SEULS LE RÉPIT DE NOËL ET DE LA RELÂCHE sont éligibles.

Nom

Prénom

Adresse

Numéro d'assurance sociale du PAYEUR

Montant total

Les frais de répit sont payés par

- CLSC /CSSS* CRDI* Curatelle Autre _____

*une confirmation de paiement de l'organisme doit accompagner le présent formulaire

Nom de l'organisation

Nom de la personne contacte

Adresse

Téléphone

Télécopieur

Courriel

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 suffisantes pour la durée drépit (Dosette obligatoire)
- des culottes d'incontinence (s'il y a lieu) pour la durée du séjour (Minimum 5 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)
- poudre épaississante et/ou breuvages déjà épaissis

Numéro d'assurance maladie Date d'expiration

Poids Grandeur

Il/elle a-t-il été hospitalisé(e) dans les 12 derniers mois Non Oui Si oui, expliquez

Il/elle a-t-il/elle été vacciné(e) contre l'hépatite B Non Oui

Il/elle est-il/elle porteur(se) ou souffre-t-il/elle de l'hépatite B Non Oui

Il/elle a-t-il/elle été vacciné contre le tétanos Non Oui

Il/elle 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

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Acétaminophène (Ex: Tylenol, Tempra) | <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: Bénadryl) | <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"/> | |

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, expliquer la manifestation et donner 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

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

Autres Non Oui

Précisez

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...)

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

Rectale

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

Rythme

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 vacances.

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

- 1) L'arrivée est TOUJOURS prévue entre 18h30 et 19h30.
- 2) Présentez-vous à l'accueil et rencontrez notre préposé aux soins. Remettez-lui en main propre la carte d'assurance maladie, la dosette contenant la médication du campeur pour la durée répit, ainsi que ce formulaire dûment rempli.

Dispill obligatoire. Aucun pot individuel n'est autorisé.

POSOLOGIE

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