

## 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<sup>er</sup> parent

Tél. maison  Tél. bureau  Cellulaire

Nom et prénom du 2<sup>e</sup> parent

Tél. maison  Tél. bureau  Cellulaire

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

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

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

3<sup>e</sup> 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

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

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...)	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Si oui, lesquels	<input type="text"/>
Alimentation (particularité)	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Purée texturée	<input type="checkbox"/> Coupé <input type="checkbox"/> Purée lisse	<input type="checkbox"/> Haché finement <input type="checkbox"/> Gavage
Les liquides doivent être épaissis	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Si oui, quelle texture (nectar, pouding, miel)	<input type="text"/>
Diète particulière Ex: sans sucre, faible en protéine...	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Si oui, expliquez	<input type="text"/>
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"/> Ne s'exprime pas	<input type="checkbox"/> Avec difficulté <input type="checkbox"/> Pictogramme	<input type="checkbox"/> Peu <input type="checkbox"/> Par geste <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
Il/elle se déplace	<input type="checkbox"/> Seul(e) <input type="checkbox"/> Canne ou béquille	<input type="checkbox"/> Fauteuil manuel <input type="checkbox"/> Fauteuil électrique	<input type="checkbox"/> Marche accompagné(e) <input type="checkbox"/> Marchette ou déambulateur
Il/elle se transfert	<input type="checkbox"/> Seul(e)	<input type="checkbox"/> À une pers. (pivot)	<input type="checkbox"/> À 2 pers. <input type="checkbox"/> Lève-personne **doit apporter sa toile
Il/elle porte	<input type="checkbox"/> Orthèse	<input type="checkbox"/> Prothèse	<input type="checkbox"/> Lunettes <input type="checkbox"/> Dentier
Son audition est	<input type="checkbox"/> Excellente	<input type="checkbox"/> Faible	<input type="checkbox"/> Appareil auditif
Sa vue est	<input type="checkbox"/> Excellente	<input type="checkbox"/> Suffisante	<input type="checkbox"/> On doit guider <input type="checkbox"/> Faible
Il/elle se lave	<input type="checkbox"/> Seul	<input type="checkbox"/> Avec supervision	<input type="checkbox"/> On doit laver <input type="checkbox"/> Avec aide
	Expliquez (ex: aide pour les cheveux seulement, nommer les parties du corps à laver...)	<input type="text"/>	
Il/elle se brosse les dents	<input type="checkbox"/> Seul(e) <input type="checkbox"/> On doit les brosser	<input type="checkbox"/> Avec supervision <input type="checkbox"/> Pas de dent **	<input type="checkbox"/> Avec aide
	**Si pas de dent: doit-on brosser les gencives, utiliser du rince-bouche?	<input type="text"/>	
Il/elle va à la toilette	<input type="checkbox"/> Seul(e) <input type="checkbox"/> Avec aide complète	<input type="checkbox"/> Avec supervision	<input type="checkbox"/> Avec aide pour s'essuyer
Il/elle porte des culottes d'incontinence	<input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Nuit seulement	<input type="checkbox"/> Toujours
Il/elle s'habille	<input type="checkbox"/> Seul(e)	<input type="checkbox"/> Avec supervision	<input type="checkbox"/> On doit l'habiller <input type="checkbox"/> Avec aide
Il/elle a besoin d'un côté de lit	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 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-elle efficace (ex: nourriture, collants, tableau d'émulation, etc.)

Non  Oui Si oui, expliquez

L'utilisation de pictogramme 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. PAIEMENT

##### 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

**\*\*Pour ceux dont le payeur est les campeur ou la famille, les paiements doivent être reçus au début du répit, à l'arrivée du campeur. \*\***

**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

## 5. RÉSERVATION

Tarifs :

Ratio / nuitées	2 nuitées	3 nuitées	À la journée (courte)	À la journée (longue)
Ratio 1/1	390 \$	520 \$	160 \$	200\$
Ratio 1/2	330 \$	440 \$	140 \$	180\$
Ratio 1/3	300 \$	400 \$	130 \$	170\$
Ratio 1/4 et plus	270 \$	360 \$	120 \$	160\$

### Répits saison 2022-2023

**COCHEZ VOTRE CHOIX (inscription à partir du 10 août 2022)**

<b>Répits 3 nuitées TOUS ÂGES</b> DI-DP-TSA Ratio 1/2, 1/3 ou plus EXCLUSIVEMENT
<input type="checkbox"/> 2 au 5 septembre 2022
<input type="checkbox"/> 7 au 10 octobre 2022
<input type="checkbox"/> 27 au 30 décembre 2022
<input type="checkbox"/> 16 au 19 mars 2023
<input type="checkbox"/> 7 au 10 avril 2023
<input type="checkbox"/> 19 au 22 mai 2023

<b>Répits 2 nuitée RÉGULIER</b> DI-DP-TSA Ratio 1/2, 1/3 ou 1/4+, places limitées en 1/1
<input type="checkbox"/> 23 au 25 septembre 2022
<input type="checkbox"/> 28 au 30 octobre 2022
<input type="checkbox"/> 4 au 6 novembre 2022
<input type="checkbox"/> 25 au 27 novembre 2022
<input type="checkbox"/> 9 au 11 décembre 2022
<input type="checkbox"/> 20 au 22 janvier 2023
<input type="checkbox"/> 3 au 5 février 2023
<input type="checkbox"/> 24 au 26 février 2023
<input type="checkbox"/> 3 au 5 mars 2023
<input type="checkbox"/> 21 au 23 avril 2023
<input type="checkbox"/> 2 au 4 juin 2023

<b>Répits 2 nuitées 1/1 TOUS ÂGES</b> DI-DP-TSA Ratio 1/1 EXCLUSIVEMENT
<input type="checkbox"/> 16 au 18 septembre 2022
<input type="checkbox"/> 14 au 16 octobre 2022
<input type="checkbox"/> 18 au 20 novembre 2022
<input type="checkbox"/> 13 au 15 janvier 2023
<input type="checkbox"/> 17 au 19 février 2023
<input type="checkbox"/> 24 au 26 mars 2023
<input type="checkbox"/> 28 au 30 avril 2023
<input type="checkbox"/> 12 au 14 mai 2023

# 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

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...)

**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 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