

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

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)	☐ 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 ☐ Purée texturée	☐ Coupé ☐ Purée lisse	☐ Haché finement ☐ 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 se transfère	☐ 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) ☐ On doit les broser	☐ Avec supervision ☐ Pas de dent **	☐ Avec aide
	**Si pas de dent: doit-on broser les gencives, utiliser du rince-bouche?		
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	☐ 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-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

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

- | | |
|--|--|
| ☐ 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, suppositoires, Fleet) |
| ☐ Sirop contre la toux (Ex: Bénélylin) | ☐ 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, 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

Précisez

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

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							Prénom du campeur				
Nom du médicament	Dosage	Raison	Déjeuner	Dîner	Souper	Coucher					
			☐	☐	☐	☐					
			☐	☐	☐	☐					
			☐	☐	☐	☐					
			☐	☐	☐	☐					
			☐	☐	☐	☐					
			☐	☐	☐	☐					
			☐	☐	☐	☐					
			☐	☐	☐	☐					
			☐	☐	☐	☐					
			☐	☐	☐	☐					
			☐	☐	☐	☐					
			☐	☐	☐	☐					

Moyen(s) pour faciliter la prise de médicament

☐ Eau
 ☐ Jus
 ☐ Compote
 ☐ Broyé
 ☐ Autres

Trucs ou conseils si la prise de médication est difficile