



# DOSSIER CAMPEUR

## Séjours gratuits pour les enfants et adultes à besoins particuliers

Prénom et nom du campeur: \_\_\_\_\_

### IDENTIFICATION DU CAMPEUR

Prénom et nom du campeur : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_

Date de naissance : Jour / Mois / Année Sexe :  F  M Poids : \_\_\_\_\_ Taille : \_\_\_\_\_

Langue parlée :  Français  Anglais  Autre : \_\_\_\_\_

Taille du T-shirt : Enfant  S  M  L Adulte  S  M  L  XL  2XL

Est-il déjà venu au camp de la Base de plein air Bon départ? :  Non  Oui, en quelle année? \_\_\_\_\_

### TYPE DE HANDICAP

Déficience intellectuelle (DI) :  Légère  Moyenne  Sévère

Trouble du spectre de l'autisme (TSA)  Multidéficiência Spécifiez : \_\_\_\_\_

Problème de santé mentale  Autre : \_\_\_\_\_

### RATIO D'ENCADREMENT

Le ratio d'encadrement est établi selon l'autonomie et les soins à apporter au campeur par notre personnel et ce, selon les réponses fournies sur ce questionnaire. Nous contacterons le tuteur ou le responsable du dossier du campeur si nous avons besoin de plus d'informations.

À tout moment le ratio d'encadrement pourra être modifié si nous le jugeons nécessaire. À titre provisoire, quel est selon vous l'encadrement nécessaire au campeur :

1 pour 1 - 1 moniteur pour 1 campeur  1 pour 2 - 1 moniteur pour 2 campeurs  1 pour 4 à 1 pour 6 - 1 moniteur pour 4 à 6 campeurs

### NOMS ET ADRESSES

#### Adresse de résidence du campeur

Prénom et nom de la personne responsable du lieu de résidence : \_\_\_\_\_

De qui s'agit-il :  Mère  Père  Frère/Sœur  Famille d'accueil  Ressource intermédiaire  Autre : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

N° de téléphone résidence : \_\_\_\_\_ N° de cellulaire : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

#### Nom et adresse du tuteur (si différents du lieu de résidence)

Prénom et nom du parent ou du tuteur : \_\_\_\_\_

Lien avec le campeur :  Mère  Père  Tuteur légal  Autre : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

N° de téléphone résidence : \_\_\_\_\_ N° de cellulaire : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

### CONTACTS EN CAS D'URGENCE (AUTRE QUE LES PARENTS/TUTEURS)

1- Prénom et nom : \_\_\_\_\_ Lien : \_\_\_\_\_

N° de téléphone : \_\_\_\_\_ Cellulaire : \_\_\_\_\_

2- Prénom et nom : \_\_\_\_\_ Lien : \_\_\_\_\_

N° de téléphone : \_\_\_\_\_ Cellulaire : \_\_\_\_\_

### TRANSPORT

Qui assumera le transport :  Parents/Famille d'accueil  Ressource intermédiaire  Transport adapté  Autres : \_\_\_\_\_

Prénom et nom du campeur: \_\_\_\_\_

### ASSURANCE MALADIE

N° d'assurance maladie : \_\_\_\_\_

Date d'expiration : \_\_\_\_\_ Année / \_\_\_\_\_ Mois

Le campeur possède-t-il des assurances privées :  Non  Oui Compagnie d'assurance : \_\_\_\_\_

### MÉDECIN TRAITANT

Nom du médecin : \_\_\_\_\_ Nom de la clinique : \_\_\_\_\_

N° de téléphone : \_\_\_\_\_

### PHARMACIEN

Nom de la pharmacie : \_\_\_\_\_ N° de téléphone : \_\_\_\_\_

### ALLERGIES

Le campeur a-t-il des allergies?

Allergie alimentaire :  Non  Oui Précisez : \_\_\_\_\_

Allergie aux médicaments :  Non  Oui Précisez : \_\_\_\_\_

Autres allergies :  Non  Oui Précisez : \_\_\_\_\_

Le campeur possède-t-il un auto-injecteur d'épinéphrine (Epipen)?  Non  Oui

### VACCINS

Le campeur a-t-il reçu le vaccin antitétanique?  Non  Oui Année de la vaccination : \_\_\_\_\_

Le campeur a-t-il reçu le vaccin contre l'hépatite B?  Non  Oui Année de la vaccination : \_\_\_\_\_

### AUTRES INFORMATIONS SANTÉ

Asthme :  Non  Oui Précisez : \_\_\_\_\_

Épilepsie :  Non  Oui Précisez : \_\_\_\_\_

Diabète :  Non  Oui Précisez : \_\_\_\_\_ Injection d'insuline :  Non  Oui

Intervention chirurgicale :  Non  Oui Précisez : \_\_\_\_\_

Blessure grave :  Non  Oui Précisez : \_\_\_\_\_

Maladie infectieuse :  Non  Oui Précisez : \_\_\_\_\_

Le campeur fume-t-il? :  Non  Oui Combien de cigarettes par jour : \_\_\_\_\_

**NOTEZ BIEN** : Le campeur doit être en mesure de respecter les moments et lieux alloués à la cigarette. Le fait de fumer ne doit pas compromettre sa participation aux activités.

**MÉDICATION** - Le campeur prend-t-il des médicaments? Non  Oui  Complétez le tableau suivant :

Nom du médicament	Dose	Fréquence	Raison

**\*\*La médication doit être fournie sous forme de pilulier (Dispill) préparée par votre pharmacie\*\***

### INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES SUR LA SANTÉ DU CAMPEUR

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Prénom et nom du campeur : \_\_\_\_\_

### NIVEAU D'AUTONOMIE

	Seul	Avec aide	Non		Seul	Avec aide	Non	
Marche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Reconnait ses effets	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Utilise l'argent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
S'habille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sait lire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Se brosse les dents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se déplace...				
Se brosse les cheveux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	à l'intérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mange	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	à l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Boit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	en terrain accidenté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Urine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	avec une marchette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Va à la selle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	avec une chaise roulante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	et il fait
Se lave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ses transferts...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bain <input type="checkbox"/> Douche <input type="checkbox"/>								

### Porte-t-il...

	Non	Oui
Une prothèse dentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un appareil orthopédique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spécifier : _____		

### Qu'il met/enlève

	Seul	Avec aide	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Il doit le porter :	Le jour <input type="checkbox"/>	La nuit <input type="checkbox"/>	Les 2 <input type="checkbox"/>

### INCONTINENCE

	Non	Oui
Est-t-il incontinant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Culottes d'incontinence?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faut-il le changer la nuit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doit-on lui rappeler?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si oui, précisez : Le jour  La nuit  Les 2

Si oui, précisez : Le jour  La nuit  Les 2

Si oui, à quelle fréquence : \_\_\_\_\_

Si oui, à quelle fréquence : \_\_\_\_\_

*Si le campeur porte des culottes d'incontinence, vous devez les fournir pour la durée du séjour.*

### COMMUNICATION ET SENS

#### S'exprime-t-il...

	Non	Oui	+/-
En parlant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Par écrit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Par geste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avec des pictogrammes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LSQ (sourd)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre : _____			

#### Il voit...

des deux yeux	<input type="checkbox"/>	des deux oreilles	
d'un oeil	<input type="checkbox"/>	d'une oreille	<input type="checkbox"/>
avec des lunettes	<input type="checkbox"/>	à l'aide d'appareils	
Aveugle	<input type="checkbox"/>	Sourd	<input type="checkbox"/>

#### Il entend...

### VIE SOCIALE

#### Socialise-t-il...

	Non	Oui	+/-
avec ses pairs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
avec les moniteurs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
avec les étrangers?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est-t-il conscient du danger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A-t-il déjà fréquenté un camp?			

Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

### SOMMEIL

	Non	Oui	
A-t-il des besoins la nuit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, précisez : _____
Est-il somnambule?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, précisez : _____
Terreurs nocturnes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, précisez : _____
Difficulté à dormir avec d'autres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, précisez : _____
Fait-il une sieste?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, combien de temps : _____
Dort-il toute la nuit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Combien d'heures : _____ Lever à : _____ Coucher à : _____

### ALIMENTATION

	Non	Oui	
A-t-il une diète particulière?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, fournir la diète.
Doit-on limiter ses portions?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, précisez : _____
Aversion pour certains aliments?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, précisez : _____
Doit-on transformer sa nourriture?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, précisez : Purée Hachée Autres: _____
Autres besoins pour se nourrir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, précisez : _____

Prénom et nom du campeur : \_\_\_\_\_

**COMPORTEMENTS / COMPRÉHENSION / ROUTINE**

Cochez et précisez les comportements correspondant au campeur :

- Agressivité                      Spécifiez : \_\_\_\_\_
- Automutilation                      Spécifiez : \_\_\_\_\_
- Fugue                                  Spécifiez : \_\_\_\_\_
- Vol (cleptomanie)                      Spécifiez : \_\_\_\_\_
- Comportement sexuel déviant                      Spécifiez : \_\_\_\_\_

Veillez noter, s'il y a lieu, les éléments déclencheurs de crise et les interventions à privilégier :


Dans quelle mesure comprend-il les consignes?


Quelle est sa routine habituelle?


Quelles sont ses activités préférées?


Autres informations pertinentes :


Prénom et nom du campeur : \_\_\_\_\_

### VOS RESPONSABILITÉS EN TANT QUE PARENT/TUTEUR

- Nous aviser dans les plus brefs délais de tous changements relatifs à la santé, l'autonomie ou l'alimentation du campeur. De même, nous communiquer toutes autres informations jugées pertinentes pour le bien-être du campeur et de ses pairs ou pour faciliter les interventions de nos moniteurs.
- Advenant un comportement jugé inacceptable par les représentants de la Base de plein air Bon départ (violence, crise incontrôlable, etc.) mettant la sécurité du campeur ou des autres en jeu, vous devrez être en mesure d'assumer le retour immédiat à la maison ou à la résidence du campeur. Il en sera de même si celui-ci se présente avec une maladie infectieuse ou avec des poux.
- Advenant l'apparition de symptômes liés à un virus ou une infection pouvant se propager ou empêchant le campeur de participer aux activités du camp, il est possible, selon la gravité du cas, que vous soyez appelé à venir chercher le campeur.
- Advenant le transport du campeur à un centre hospitalier les frais vous seront imputables.
- Vous reconnaissez que la Base de plein air Bon départ n'est pas dépositaire des biens et effets personnels du campeur et en conséquence vous dégagez la Base de plein air Bon départ de toute responsabilité en cas de vol, bris ou détérioration desdits biens et effets personnels.
- Dans le cas où le campeur ne peut plus participer à son ou ses séjours de camp/répit, vous devez nous en informer le plus rapidement possible au 450-226-3336, poste 29.

### AUTORISATIONS

Le parent ou tuteur autorise la Base de plein air Bon départ à se servir des films ou photos pouvant être prises lors du séjour en tout ou en partie à des fins publicitaires telles que brochures, revues journaux, télévisions, sites Web etc. Tout matériel utilisé demeurera la propriété de la Base de plein air Bon départ.

Non  Oui

J'autorise la direction de la Base de plein air à agir en mon nom dans le cas d'une urgence afin d'offrir au campeur les soins médicaux requis par son état de santé.

Non  Oui

J'autorise la Base de Plein air Bon départ à administrer au campeur ces produits disponibles en vente libre :

Acétaminophène (Tylenol, Tempra...)	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Précisions : _____
Antiémétique (Gravol)	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Précisions : _____
Antihistaminique (Bénadryl, Claritin...)	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Précisions : _____
Sirop contre la toux (Bénylin...)	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Précisions : _____
Acide acétylsalicylique (Aspirine)	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Précisions : _____
Ibuprofène (Advil, Motrin...)	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Précisions : _____
Crème antibiotique (Polysporin...)	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Précisions : _____
Crème solaire	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Précisions : _____
Chasse-moustique	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Précisions : _____
Autres	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Précisions : _____

**Je déclare avoir lu et compris ce qui précède. Je confirme que les informations fournies sont véridiques et complètes.**

\_\_\_\_\_  
Signature du responsable de l'inscription

\_\_\_\_\_  
Date

### BASE DE PLEIN AIR BON DÉPART

4610, route Principale, Wentworth-Nord (Québec) J0T 1Y0  
T 450 226-3336 • F 450 226-5936 • info@bpabondepart.ca • bpabondepart.ca



Suivez-nous : 