# DOSSIER VACANCIER 2021

**Séjours pour les enfants et adultes à besoins particuliers**

**Prénom et nom du vacancier:** _____

## IDENTIFICATION DU VACANCIER

Prénom et nom du vacancier **:** _____ 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) ☐ Multidéficience Spécifiez : _____

☐ Problème de santé mentale ☐ Autre : _____

## NOMS ET ADRESSES

### Adresse de résidence du vacancier

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 : _____

Nº de téléphone résidence : _____ Nº 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 vacancier : ☐ Mère ☐ Père ☐ Tuteur légal ☐ Autre : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Nº de téléphone résidence : _____ Nº de cellulaire : _____

Courriel : _____

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

1- Prénom et nom : _____ Lien : _____

Nº de téléphone : _____ Cellulaire : _____

2- Prénom et nom : _____ Lien : _____

Nº de téléphone : _____ Cellulaire : _____

## TRANSPORT

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

**Prénom et nom du vacancier: _____**

**ASSURANCE MALADIE**

Nº d'assurance maladie : _____ Date d'expiration : _____/_____ Année Mois

Le vacancier possède-t-il des assurances privées : ☐ Non ☐ Oui Compagnie d'assurance : _____

**MÉDECIN TRAITANT**

Nom du médecin : _____ Nom de la clinique : _____

Nº de téléphone : _____

**PHARMACIEN**

Nom de la pharmacie : _____ Nº de téléphone : _____

**ALLERGIES**

Le vacancier a-t-il des allergies?

Allergie alimentaire : ☐ Non ☐ Oui Précisez : _____

Allergie aux médicaments : ☐ Non ☐ Oui Précisez : _____

Autres allergies : ☐ Non ☐ Oui Précisez : _____

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

**VACCINS**

Le vacancier a-t-il reçu le vaccin antitétanique? ☐ Non ☐ Oui Année de la vaccination : _____

Le vacancier a-t-il reçu le vaccin contre l'hépatite B? ☐ Non ☐ Oui Année de la vaccination : _____

Le vacancier a-t-il reçu le vaccin contre la COVID-19? ☐ 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 vacancier fume-t-il? : ☐ Non ☐ Oui Combien de cigarettes par jour : _____

**NOTEZ BIEN** : Le vacancier 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 vacancier 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 VACANCIER**

**Prénom et nom du vacancier: _____**

**NIVEAU D'AUTONOMIE**

| | Seul | Avec aide | Non |
|---|---|---|---|
| Marche | ☐ | ☐ | ☐ |
| Reconnaît ses effets | ☐ | ☐ | ☐ |
| S'habille | ☐ | ☐ | ☐ |
| Se brosse les dents | ☐ | ☐ | ☐ |
| Se brosse les cheveux | ☐ | ☐ | ☐ |
| Mange | ☐ | ☐ | ☐ |
| Boit | ☐ | ☐ | ☐ |
| Urine | ☐ | ☐ | ☐ |
| Va à la selle | ☐ | ☐ | |
| Se lave | ☐ | ☐ | |
| Bain ☐ Douche ☐ | | | |

| | Seul | Avec aide | Non |
|---|---|---|---|
| Nage | ☐ | ☐ | ☐ |
| Utilise l'argent | ☐ | ☐ | ☐ |
| Sait lire | ☐ | ☐ | ☐ |
| Se déplace… | | | |
| à l'intérieur | ☐ | ☐ | ☐ |
| à l'extérieur | ☐ | ☐ | ☐ |
| en terrain accidenté | ☐ | ☐ | ☐ |
| avec une marchette | ☐ | ☐ | ☐ |
| avec une chaise roulante | ☐ | ☐ | ☐ |
| et il fait ses transferts… | ☐ | ☐ | |

| **Porte-t-il…** | Non | Oui |
|---|---|---|
| Une prothèse dentaire | ☐ | ☐ |
| Un appareil orthopédique | ☐ | ☐ |
| Spécifier : _____ | | |

| **Qu'il met/enlève** | Seul | Avec aide |
|---|---|---|
| | ☐ | ☐ |
| | ☐ | ☐ |

Il doit le porter : Le jour ☐ La nuit ☐ Les 2 ☐

| **INCONTINENCE** | Non | Oui | |
|---|---|---|---|
| Est-t-il incontinent? | ☐ | ☐ | Si oui, précisez : Le jour ☐ La nuit ☐ Les 2 ☐ |
| Culottes d'incontinence? | ☐ | ☐ | Si oui, précisez : Le jour ☐ La nuit ☐ Les 2 ☐ |
| Faut-il le changer la nuit? | ☐ | ☐ | Si oui, à quelle fréquence : _____ |
| Doit-on lui rappeler? | ☐ | ☐ | Si oui, à quelle fréquence : _____ |

*Si le vacancier 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 | ☐ | ☐ | ☐ |
| Par écrit | ☐ | ☐ | ☐ |
| Par geste | ☐ | ☐ | ☐ |
| Avec des pictogrammes | ☐ | ☐ | ☐ |
| LSQ (sourd) | ☐ | ☐ | ☐ Autre : _____ |

| **Il voit…** | | **Il entend…** | |
|---|---|---|---|
| des deux yeux | ☐ | des deux oreilles | ☐ |
| d'un œil | ☐ | d'une oreille | ☐ |
| avec des lunettes | ☐ | à l'aide d'appareils | ☐ |
| Aveugle | ☐ | Sourd | ☐ |

**VIE SOCIALE**

| **Socialise-t-il…** | Non | Oui | +/- |
|---|---|---|---|
| Avec ses pairs | ☐ | ☐ | ☐ |
| Avec les moniteurs | ☐ | ☐ | ☐ |
| Avec les étrangers | ☐ | ☐ | ☐ |
| Est-t-il conscient du danger? | ☐ | ☐ | ☐ |

| **SOMMEIL** | Non | Oui | |
|---|---|---|---|
| A-t-il des besoins la nuit? | ☐ | ☐ | Si oui, spécifiez : _____ |
| Est-il somnambule? | ☐ | ☐ | Si oui, spécifiez : _____ |
| Terreurs nocturnes? | ☐ | ☐ | Si oui, spécifiez : _____ |
| Difficulté à dormir avec d'autres? | ☐ | ☐ | Si oui, spécifiez : _____ |
| Fait-il une sieste? | ☐ | ☐ | Si oui, combien de temps : _____ |
| Dort-il toute la nuit? | ☐ | ☐ | Combien d'heures : _____ Lever à : _____ Coucher à : _____ |

| **ALIMENTATION** | Non | Oui | |
|---|---|---|---|
| A-t-il une diète particulière? | ☐ | ☐ | Si oui, fournir la diète. |
| Doit-on limiter ses portions? | ☐ | ☐ | Si oui, spécifiez : _____ |
| Aversion pour certains aliments? | ☐ | ☐ | Si oui, spécifiez : _____ |
| Doit-on transformer sa nourriture? | ☐ | ☐ | Si oui, spécifiez : Purée Hachée Autres : _____ |
| Autres besoins pour se nourrir? | ☐ | ☐ | Si oui, spécifiez : _____ |

**Prénom et nom du vacancier : _____**

**COMPORTEMENTS / COMPRÉHENSION / ROUTINE**

Cochez et précisez les comportements correspondant au vacancier :

☐ Agressivité Spécifiez : _____

☐ Automutilation Spécifiez : _____

☐ Fugue Spécifiez : _____

☐ Vol (cleptomanie) Spécifiez : _____

☐ Comportement sexuel déviant Spécifiez : _____

Veuillez 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 vacancier : _____**

**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 vacancier. De même, nous communiquer toutes autres informations jugées pertinentes pour le bien-être du vacancier 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 vacancier ou des autres en jeu, vous devrez être en mesure d'assumer le retour immédiat à la maison ou à la résidence du vacancier. 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 vacancier de participer aux activités du camp, il est possible, selon la gravité du cas, que vous soyez appelé à venir chercher le vacancier.
- Advenant le transport du vacancier 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 vacancier 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 vacancier 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 vacancier les soins médicaux requis par son état de santé.

☐ Non ☐ Oui

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

Acétaminophène (Tylenol, Tempra…) ☐ Non ☐ Oui Précisions : _____
Antiémétique (Gravol) ☐ Non ☐ Oui Précisions : _____
Antihistaminique (Bénadryl, Claritin…) ☐ Non ☐ Oui Précisions : _____
Sirop contre la toux (Bénylin…) ☐ Non ☐ Oui Précisions : _____
Acide acétylsalicylique (Aspirine) ☐ Non ☐ Oui Précisions : _____
Ibuprofène (Advil, Motrin…) ☐ Non ☐ Oui Précisions : _____
Crème antibiotique (Polysporin…) ☐ Non ☐ Oui Précisions : _____
Crème solaire ☐ Non ☐ Oui Précisions : _____
Chasse-moustique ☐ Non ☐ Oui Précisions : _____
Autres ☐ Non ☐ 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

**Prénom et nom du vacancier : _____**

# DÉCLARATION EN LIEN AVEC LA COVID-19

TOUS LES VACANCIERS QUI ENTRENT SUR LE SITE DOIVENT SE CONFORMER À CETTE DÉCLARATION

La Base de plein air Bon départ exige la divulgation de toute exposition ou de toute maladie afin de protéger la santé et la sécurité de tous ses employés et participants et de limiter la propagation de la COVID-19. Cette déclaration de conformité sera conservée en toute sécurité, et les renseignements personnels ne seront pas divulgués, sauf si la loi l'exige ou si vous y donnez votre consentement.

Toute personne qui n'accepte pas les conditions et modalités décrites dans ce document ne sera pas autorisée à entrer sur le site de la Base de plein air ou à participer aux activités.

Je, soussigné, étant le parent ou le tuteur de la personne nommée ci-dessus, reconnais et accepte les conditions décrites dans ce document :

1. La personne n'a pas reçu de diagnostic de COVID-19 OU, si la personne a reçu un diagnostic de COVID-19, elle a été déclarée non contagieuse par les autorités de santé publique locales ou provinciales.

2. Ni la personne, ni quiconque résidant sous le même toit qu'elle, n'a présenté de signes ou de symptômes de la COVID-19 au cours des 14 derniers jours (y compris la fièvre, une toux nouvelle ou plus grave qu'auparavant, de la fatigue, des frissons et des douleurs musculaires, des affections respiratoires, de la difficulté à respirer, des nausées, des vomissements ou de la diarrhée, une conjonctivite ou une perte de l'odorat ou du goût).

3. Si la personne, ou quelqu'un résidant sous le même toit qu'elle, présente des signes ou des symptômes de la COVID-19 après avoir rempli la déclaration de conformité, la personne s'isolera immédiatement, avisera la Base de plein air et n'entrera pas dans les installations et n'assistera pas aux activités pour une période minimale de 14 jours après la dernière apparition des symptômes.

4. La personne et toute personne vivant sous le même toit qu'elle n'a pas voyagé et n'a pas fait escale dans un pays à l'extérieur du Canada, ou dans une province ou un territoire autre que sa province ou son territoire de résidence, au cours des 14 derniers jours. Si la personne, ou toute personne vivant sous le même toit que lui, voyage à l'extérieur de sa province ou de son territoire de résidence après avoir soumis cette déclaration de conformité, la personne s'engage à ne pas assister aux activités et à ne pas visiter ses installations pour une période minimale de 14 jours suivant la date de retour.

5. La personne suit les directives recommandées, y compris, sans s'y limiter, la pratique de la distanciation physique, le respect d'une distance de deux mètres avec les autres, le respect des meilleures pratiques d'hygiène reconnues et les autres gestes permettant de limiter l'exposition à la COVID-19.

6. La personne s'engage à respecter tous les protocoles de sécurité, de distanciation physique et d'hygiène de la Base de plein air.

7. Ce document demeurera en vigueur jusqu'à ce que la Base de plein air, en suivant les directives du gouvernement, détermine que les éléments de cette déclaration de conformité ne sont plus nécessaires.

8. La Base de plein air pourra interdire l'accès à la personne ou interdire sa participation à ses activités à tout moment et pour quelque raison que ce soit si elle estime, à sa seule discrétion, que la personne ne se conforme plus à l'un des éléments décrits dans ce document.

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

_____ _____

Signature du parent/tuteur Date