



# DOSSIER VACANCIER 2022

## Répits

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 : \_\_\_\_\_

Le vacancier est suivi par un intervenant ou un éducateur :  Non  Oui Si oui, :  Milieu scolaire  CISSS ou CIUSSS

### 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 : \_\_\_\_\_

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 vacancier :  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 : \_\_\_\_\_

**ASSURANCE MALADIE**

N° d'assurance maladie : \_\_\_\_\_ Date d'expiration : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Code : \_\_\_\_\_

Le vacancier 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 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 ses 2 doses de 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\*\***



**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"/> |
| Reconnaît 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"/> |
| Se lave   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | et il fait 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"/>         | <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-il incontinent?                            | <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"/> | <input type="checkbox"/> |

|                              |                                  |                                  |                                |
|------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| Si oui, précisez :           | Le jour <input type="checkbox"/> | La nuit <input type="checkbox"/> | Les 2 <input type="checkbox"/> |
| Si oui, précisez :           | Le jour <input type="checkbox"/> | La nuit <input type="checkbox"/> | Les 2 <input type="checkbox"/> |
| 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            | <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    | <input type="checkbox"/> |
| d'un œil          | <input type="checkbox"/> | d'une oreille        | <input type="checkbox"/> |
| avec des lunettes | <input type="checkbox"/> | à l'aide d'appareils | <input type="checkbox"/> |
| 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"/> | <input type="checkbox"/> |

**SOMMEIL**

|                                    | Non                      | Oui                      |  |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| A-t-il des besoins la nuit?        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si oui, précifiez : _____                                  |
| Est-il somnambule?                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si oui, précifiez : _____                                  |
| Terreurs nocturnes?                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si oui, précifiez : _____                                  |
| Difficulté à dormir avec d'autres? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si oui, précifiez : _____                                  |
| 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, précifiez : _____                       |
| Aversion pour certains aliments?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si oui, précifiez : _____                       |
| Doit-on transformer sa nourriture? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si oui, précifiez : Purée Hachée Autres : _____ |
| Autres besoins pour se nourrir?    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si oui, précifiez : _____                       |

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 : \_\_\_\_\_

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 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...) <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

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