



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****

INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES SUR LA SANTÉ DU VACANCIER

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

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 : _____

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...) <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