



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 : _____
(chiffre sous nom)

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 : _____

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