

CAMP RICHELIEU DE SAINT-HYACINTHE INC.
FORMULAIRE D'INSCRIPTION POUR TSA - ÉTÉ 2018

Monsieur, Madame,

Le Camp Richelieu de Saint-Hyacinthe peut maintenant accueillir des personnes présentant un trouble du spectre de l'autisme. Dans un environnement sain et harmonieux, les autistes sont guidés par des intervenants soucieux de leur bien-être, dans le respect d'un ratio de 1 moniteur pour un ou deux campeurs.

Pour respecter les besoins spécifiques des autistes, nous pourrions accueillir 3 à 10 autistes, pour chacune des périodes suivantes, avec un minimum de 3 personnes par séjour :

1^{er} séjour : du 6 au 10 août 2018

2^e séjour : du 13 au 17 août 2018

3^e séjour : du 20 au 24 août 2018

COÛT DES SÉJOURS en semaine POUR L'ÉTÉ 2018 :

Tarif de base pour clientèle à faible revenu : 400 \$ pour 5 jours / 4 nuits

Tarif de base pour clientèle régulière : 450 \$ pour 5 jours / 4 nuits

Pour inscrire une personne autiste, vous devez compléter la SECTION 1.

Nous offrons également des fins de semaines au cours desquelles, pendant le jour, l'autiste est pris en charge par un éducateur spécialisé, et le soir, après le souper, les parents et autres enfants de la famille reviennent au camp pour y passer la nuit où un chalet leur est réservé.

Tarif de fin de semaine : 80 \$ par nuitée pour l'autiste

30 \$ par nuitée, par personne, pour les autres membres de la famille, incluant le déjeuner. (Minimum 3 familles inscrites).

Pour inscrire la famille, il faut compléter la SECTION 2 et faire parvenir le formulaire à l'adresse indiquée plus bas. Nous vous contacterons le plus tôt possible pour vous faire part de la disponibilité du séjour.

Les formulaires d'inscription doivent être acheminés à :

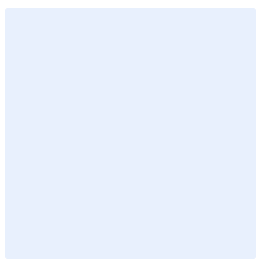
Mme DIANE BOUDREAULT, administratrice

481 La Grande Caroline

Rougemont, Qc, J0L 1M0

Tél. : 450 888-5432

SECTION 1 – INSCRIPTION DE L’AUTISTE
 (Âge minimum d’inscription au camp : cinq ans)

Nom :		Prénom :	
Âge :		Date de naissance :	
Poids :		Grandeur :	Couleur des yeux :
Couleur des cheveux :		No d’assurance maladie :	
Diagnostic :			 Photo
IMPORTANT : remettre une copie du diagnostic de votre enfant avec le formulaire d’inscription *1 fois le diagnostic remis vous n’avez pas à le remettre les années suivantes.			
Allergie(s):			
Coordonnées			
Nom du parent :		Prénom :	
Adresse :			
Ville :		Code postal :	
Tél. :		Cellulaire :	
Nommez la ressource de jour (CRDIQ, école, etc.) fréquentée par le campeur :			
Nom de l’intervenant responsable :			Tél. :
Personne à aviser en cas d’urgence (maladie ou désorganisation), joignable en tout temps.			
Nom :		Lien avec le campeur :	
Tél. :		Poste :	
Personne à aviser en cas d’urgence, autre que le parent			
Nom :		Lien avec le campeur :	
Tél. :			

Information médicale

Problèmes de santé			
Trouble cardiaque <input type="checkbox"/>		Asthme <input type="checkbox"/>	
Hépatite B <input type="checkbox"/>		Diabète <input type="checkbox"/>	
Autres : <input type="checkbox"/>		Épilepsie <input type="checkbox"/>	
Spécifiez :		Eczéma <input type="checkbox"/>	

Allergies			
À l’aspirine <input type="checkbox"/>		À d’autres médicaments <input type="checkbox"/>	
À la pénicilline <input type="checkbox"/>		À des aliments <input type="checkbox"/>	
Au foin <input type="checkbox"/>		Aux piqûres d’insectes <input type="checkbox"/>	
Autres:		Aux poils d’animaux <input type="checkbox"/>	
Spécifiez :			

Autres précisions médicales

Problème physique ou médical important, orthèse, prothèse, etc. :

Sécurité en milieu aquatique

Le campeur doit-il porter une veste de flottaison individuelle (VFI) pour se baigner ?

Oui si oui, vous devez fournir la veste

Non

Médications

Avec : de l'eau

De la purée

Autre

Nom du médicament

Nombre de fois/jour

Dose

Heure

Nom du médicament	Nombre de fois/jour	Dose	Heure

***Si votre enfant prend un PRN (médication sur mesure), vous devez joindre le protocole du médecin.**

Goûts et intérêts

Activités physiques préférées :

Activités manuelles préférées :

Activités culturelles préférées :

Bris de matériel

Dans quelles circonstances :

Intervention à privilégier :

Autres informations :

Hygiène et autonomie fonctionnelle

Va à la toilette	Prend un bain	Prend une douche
Seul <input type="checkbox"/>	Seul <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
Avec aide <input type="checkbox"/>	Avec supervision <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Précisez	Avec aide physique <input type="checkbox"/>	
	Précisez :	
Se brosse les dents	Change sa serviette hygiénique seule	Porte une culotte d'hygiène
Oui <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
		Seulement la nuit <input type="checkbox"/>
Seul <input type="checkbox"/>		
Avec supervision <input type="checkbox"/>		
Avec aide physique <input type="checkbox"/>		

S'habille

Sans aide

Avec aide verbale

Avec aide physique

Besoin d'aide physique pour :

Commentaires supplémentaires :

Communication

S'exprime par :		
Paroles <input type="checkbox"/>	Gestes <input type="checkbox"/>	Langage signé <input type="checkbox"/>
Parle :		
Couramment <input type="checkbox"/>	Avec difficulté <input type="checkbox"/>	Pour exprimer ses besoins <input type="checkbox"/>
Utilise les pictogrammes :		
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Sa compréhension générale est :		
Excellente <input type="checkbox"/>	Suffisante <input type="checkbox"/>	Faible <input type="checkbox"/>
Mon enfant sait lire :	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
Mon enfant sait écrire :	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>

Comportements

Tendance à fuguer	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
Dans quelles circonstances :		
Interventions à privilégier :		
Tendance à être agressif	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
Dans quelles circonstances :		
Manifestations :		
Interventions à privilégier :		
Tendance à s'automutiler	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
Précisez :		
Interventions à privilégier :		
Tendance à manger des substances non comestibles	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
Craintes, peurs, phobies (animaux, lieux, objets, circonstances)		
Interventions à privilégier :		
Autres aspects comportementaux à souligner		

Alimentation

Mange	Peu <input type="checkbox"/>	Moyennement <input type="checkbox"/>	Beaucoup <input type="checkbox"/>
	Lentement <input type="checkbox"/>	Rapidement <input type="checkbox"/>	
	Seul <input type="checkbox"/>	Avec aide physique <input type="checkbox"/>	
Allergies ou intolérances alimentaires			
Autres particularités			
Mets préférés			
Mets non appréciés			
Suit une diète ou un régime : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Spécifiez :			

Habitudes de sommeil

Heure habituelle de coucher :		Heure habituelle de lever :	
La nuit	Dort peu <input type="checkbox"/>	Dort bien <input type="checkbox"/>	A un sommeil agité <input type="checkbox"/>
	Se lève souvent <input type="checkbox"/>	Porte une culotte d'hygiène <input type="checkbox"/>	
Rituels ou habitudes particulières avant le coucher			

Mobilité

Marche		
Sans aide <input type="checkbox"/>	Difficilement <input type="checkbox"/>	Avec aide technique <input type="checkbox"/>
	Précisez :	
Utilise un fauteuil roulant	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	À l'occasion <input type="checkbox"/>	Spécifiez :

Autorisations

Autorisation pour photographies et images vidéo

Par la présente, j'autorise le Camp Richelieu de St-Hyacinthe et ses mandataires à prendre des photographies et des images vidéo de mon enfant _____ pendant les activités du camp.

Date :

Signature du parent ou de la personne responsable :

Autorisation pour l'utilisation des photos et des images vidéo

Par la présente, j'autorise le Camp Richelieu de St-Hyacinthe à utiliser les photos et les images vidéo de mon enfant _____ pour ses activités de promotion et d'information (journaux, brochures, vidéos, émissions de télévision, site Internet).

Date :

Signature du parent ou de la personne responsable :

Autorisation pour prise de médicaments

Par la présente, j'autorise le personnel du Camp Richelieu de St-Hyacinthe à administrer à mon enfant _____ les médicaments nécessaires selon mes instructions (posologie, fréquence...), dans les activités du camp

Date :

Signature du parent ou de la personne responsable :

Autorisation pour soins d'urgence

Par la présente, je consens à ce que mon enfant _____ reçoive les soins d'urgence appropriés et nécessaires.

Date :

Signature du parent ou de la personne responsable :

Autorisation de divulgation des renseignements

Par la présente, j'autorise le personnel du Camp Richelieu de St-Hyacinthe à communiquer avec les partenaires du réseau (CRDIQ, CSSS, école, STAC) afin de mieux connaître mon enfant et d'échanger des renseignements pertinents au besoin.

Date :

Signature du parent ou de la personne responsable :

Autorisation de port de coquilles

Par la présente, j'autorise le personnel du Camp Richelieu de St-Hyacinthe à faire porter des coquilles à mon enfant _____, lorsque la situation le demande.

Date :

Signature du parent ou de la personne responsable :

Autorisation de l'utilisation des photos de mon enfant comme outils visuels d'intervention

Par la présente, je consens à ce que le moniteur utilise les photos de mon enfant _____
comme outils visuels d'intervention.

Date :

Signature du parent ou de la personne responsable :

Autorisation de l'utilisation de la méthode Omega

Par la présente, j'autorise les intervenants du Camp Richelieu de St-Hyacinthe, formés pour la méthode Omega, à utiliser cette méthode advenant le cas où cela serait nécessaire avec mon enfant _____ -
(comportement d'agressivité).

Date :

Signature du parent ou de la personne responsable :

À nous retourner

Choix de semaines de fréquentation

Dates	1 ^{er} choix	Dates	2 ^e choix
6 au 10 août 2018	<input type="checkbox"/>	6 au 10 août 2018	<input type="checkbox"/>
13 au 17 août 2018	<input type="checkbox"/>	13 au 17 août 2018	<input type="checkbox"/>
20 au 24 août 2018	<input type="checkbox"/>	20 au 24 août 2018	<input type="checkbox"/>

Lorsque les dates de fréquentation vous seront confirmées, vous vous engagez à payer les frais de séjour en arrivant au camp, le jour où vous conduirez votre enfant pour son séjour de vacances.

Paiement

Frais de camp payés par :

Nom du payeur:

Lien avec le campeur (parent ou répondant) :

Organisme* (s'il y a lieu) :

*Personne à qui doit être adressée la facturation :

Nom :

Adresse :

Ville :

Province :

Code postal :

Montant :

Note : Si les frais de camp sont payés par un organisme, vous êtes responsable de faire les démarches auprès de celui-ci afin que le paiement nous soit acheminé.

Je déclare que les renseignements donnés sont exacts et complets.

Signature des parents ou de la personne responsable

Date

SECTION 2

INSCRIPTION POUR LA FAMILLE POUR UNE FIN DE SEMAINE DE RÉPIT
À NOTER : LA SECTION 1 DOIT ÊTRE ENTIÈREMENT COMPLÉTÉE POUR L'INSCRIPTION DE L'AUTISTE

Coordonnées des membres de la famille autres que l'autiste inscrit à la section 1		
Nom du père :	Prénom :	
Nom de la mère :	Prénom :	
Autres enfants de la famille :		
Nom du frère :	Âge :	
Nom de la soeur :	Âge :	
Nom du frère :	Âge :	
Nom de la soeur :	Âge :	
Adresse :		
Ville :		Code postal :
Tél. :	Cellulaire :	

À nous retourner

1^{er} choix de fin de semaine de répit en août
Dates : arrivée samedi, à 9 h, le _____ départ dimanche, à 17 h, le _____ 2018
2^e choix de fin de semaine de répit en août
Dates : arrivée samedi, à 9 h, le _____ départ dimanche, à 17 h, le _____ 2018

Paiement

Frais de séjour payés par :		
Nom du payeur:		
Adresse :		
Ville :	Province :	Code postal :
Montant : Frais pour l'autiste : 80 \$ + frais pour les autres membres de la famille : x 30 \$ =		

Lorsque les dates de fréquentation vous seront confirmées, vous vous engagez à payer les frais de séjour en arrivant au camp, le jour où vous arriverez pour la fin de semaine familiale.

Je déclare que les renseignements donnés sont exacts et complets.

Signature du parent

Date