

**CAMP RICHELIEU DE SAINT-HYACINTHE INC.  
FORMULAIRE D'INSCRIPTION – ÉTÉ 2025**

Nom du campeur : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_

Type de déficience intellectuelle ? **Selon un ratio de 1 pour 4**

DI légère \_\_\_\_ DI moyenne \_\_\_\_ TSA \_\_\_\_ T21 \_\_\_\_ Autre : \_\_\_\_\_

Pour réserver un des 6 séjours de 6 jours chacun, vous devez identifier un 1<sup>er</sup> et un 2<sup>e</sup> choix :

**SÉJOURS 2025**

Premier choix :

Deuxième choix :

**sem 1 / sem 2**

séjour 1 du 22 au 27 juin

séjour 2 du 29 juin au 4 juillet

séjour 3 du 6 au 11 juillet

séjour 4 du 13 au 18 juillet

séjour 5 du 20 au 25 juillet

séjour 6 du 27 juill. au 1<sup>er</sup> août

**sem 1 / sem 2**

séjour 1 du 22 au 27 juin

séjour 2 du 29 juin au 4 juillet

séjour 3 du 6 au 11 juillet

séjour 4 du 13 au 18 juillet

séjour 5 du 20 au 25 juillet

séjour 6 du 27 juill. au 1<sup>er</sup> août

**Faites parvenir** le formulaire dûment complété, avec photo du(de la) campeur(euse) avant le 1<sup>er</sup> avril 2025, avec toutes les signatures aux endroits requis, à :

**MADAME ÉVELYNE CARON, ADMINISTRATRICE**

**293 Dupré, Beloeil, J3G 3K4 - Téléphone : 450-502-2109**

**Arrivée : le dimanche entre 13 h et 16 h, avec carte d'assurance maladie obligatoire.**

**Départ : le vendredi, entre 13 h et 16 h.**

**Note : l'acceptation est conditionnelle à la conformité des renseignements fournis dans ce formulaire. D'autres documents peuvent être exigés pour étude du dossier.**

**La date de réception des formulaires est prioritaire pour confirmer les choix.**

**Les confirmations de séjours seront transmises après étude des dossiers.**

**COÛTS DES SÉJOURS - ÉTÉ 2025 :**

**Ratio 1 pour 4 :**

**Clientèle à faibles revenus : 560 \$ pour 6 jours**

**Autres clientèles : 760 \$ pour 6 jours**

**Frais de séjour à payer : \_\_\_\_\_ \$ à l'arrivée du campeur, le dimanche, soit par chèque au nom de Camp Richelieu de St-Hyacinthe, ou en argent.**

**IMPORTANT : pour un campeur qui nécessite davantage de soins et d'aide, le dossier devra être étudié selon les disponibilités de personnel et le prix sera en conséquence**

Nom du campeur : \_\_\_\_\_

2.

**PAR QUI SERONT PAYÉS LES FRAIS DE SÉJOUR :**

**SOIT PAR :**

Campeur

Parent : Nom : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Famille d'accueil : Nom : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Signature du(de la) répondant(e) : \_\_\_\_\_

CRDI

Curateur public

**AUTORISATIONS ET ENGAGEMENTS :**

**Cochez l'une, l'autre ou toutes les cases :**

Pendant le séjour, je m'engage à venir chercher mon(ma) campeur(euse) si les responsables constatent une situation problématique de santé ou de comportement : oui non

J'autorise les responsables à photographier mon(ma) campeur(euse) pour les fins exclusives de promotion du camp sans que son nom et ses coordonnées ne soient publiés : oui non

**Signature du parent ou du répondant :**

\_\_\_\_\_

Nom en lettres moulées : \_\_\_\_\_

Nom du campeur : \_\_\_\_\_

3.

## DÉCLARATION DE REVENUS 2024

Pour profiter du tarif « faibles revenus », les campeurs doivent remplir la section ci-dessous et joindre une des pièces justificatives listées plus bas. Pour les personnes de 18 ans et plus il faut considérer seulement leurs revenus personnels.

Si le revenu familial est supérieur aux montants indiqués dans la grille, ou si les frais de séjour sont payés par le CRDI ou la Curatelle publique, vous n'avez pas à compléter la section ci-dessous.

### SECTION À COMPLÉTER

Nombre de personnes que compte la famille	Seuil de faible revenu (avant impôt)	Cocher la case qui correspond à votre situation
1 personne	Jusqu'à 27 549 \$	
2 personnes	Jusqu'à 38 960 \$	
3 personnes	Jusqu'à 47 716 \$	
4 personnes	Jusqu'à 55 098 \$	
5 personnes	Jusqu'à 61 601 \$	
6 personnes	Jusqu'à 67 481 \$	
7 personnes	Jusqu'à 72 888 \$	

Pour les campeurs à faibles revenus, joindre la copie de l'une des pièces justificatives suivantes :

- Avis de cotisation (T-451) délivré par l'Agence du revenu du Canada;
- Avis de cotisation (TPF-98) délivré par le ministère des Finances du Québec;
- Avis sur le crédit d'impôt remboursable pour le soutien aux enfants du Régime de rentes du Québec;
- Carnet de réclamation accordé à un adulte ou à une famille prestataire de l'aide financière de dernier recours du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale.

Si le campeur est référé par le CRDI ou par la CURATELLE PUBLIQUE, cochez la case appropriée et aucun des documents listés plus haut n'est nécessaire :

- CRDI
- CURATELLE PUBLIQUE

Notez que les informations transmises serviront uniquement à répondre aux exigences du Ministère de l'Éducation du Québec et resteront confidentielles.

Nom du campeur : \_\_\_\_\_

4.

01. Le campeur a-t-il déjà fréquenté le Camp Richelieu? Oui  Non

02. Lieu de résidence

avec sa famille naturelle  dans une famille d'accueil

Dans une ressource intermédiaire : \_\_\_\_\_

Nom et adresse du foyer où le campeur demeure **ACTUELLEMENT**:

Nom \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_

03. Nom du travailleur social ou éducateur, s'il y a lieu

\_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

No. de dossier : \_\_\_\_\_

**IMPORTANT :**

**Personnes à contacter autres que le parent ou le répondant en cas d'urgence :**

**Nom :** \_\_\_\_\_ **Tél. :** \_\_\_\_\_

**Nom :** \_\_\_\_\_ **Tél. :** \_\_\_\_\_

04. Occupation actuelle du campeur : \_\_\_\_\_

05. Événements importants qui ont marqué sa vie (décès, changement de famille, etc..) :

\_\_\_\_\_

Nom du campeur : \_\_\_\_\_

5.

### Fiche médicale

Nom du campeur : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Nom du père : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

Nom de la mère : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

Nom du médecin traitant : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

Nom du pharmacien : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

### À COMPLÉTER RIGOREUSEMENT :

#### **Problèmes de santé connus :**

Diabète \_\_\_\_ type 1 \_\_\_\_ type 2 \_\_\_\_ Insuline \_\_\_\_ Pilule \_\_\_\_

Épilepsie \_\_\_\_ Dyspraxie \_\_\_\_ Troubles de mobilité \_\_\_\_

Autres problèmes \_\_\_\_\_

Allergies : épipen \_\_\_\_ Allerjet \_\_\_\_ Emerade \_\_\_\_ ou antihistaminiques prescrits \_\_\_\_

Hépatite B : a fait la maladie \_\_\_\_ a reçu les 3 doses de vaccins \_\_\_\_

Covid 19 : a fait la maladie au cours de la dernière année \_\_\_\_ a reçu au moins 3 doses \_\_\_\_

*Avec la présente fiche médicale, j'autorise les responsables du Camp Richelieu de St-Hyacinthe à administrer les médicaments prescrits selon la posologie recommandée et déjà **préparés par la pharmacie, dans une dosette**. Et je reconnais avoir remis au Camp Richelieu la dosette DISPILL et les médicaments suivants : \_\_\_\_\_*

*et je dégage l'administration de toute responsabilité dans le cas de blessures, maladies ou dommages pouvant être occasionnés à la suite de l'administration ou de la non-administration d'un médicament fourni. **AUCUN MÉDICAMENT NON PRESCRIT PAR UN MÉDECIN OU PHARMACIEN NE POURRA ÊTRE DONNÉ AU CAMPEUR***

*En cas d'urgence, j'autorise les responsables du camp à agir en conséquence.*

*Aussi, je m'engage à aviser les responsables de toute modification dans la médication de mon(ma) campeur(euse).*

\_\_\_\_\_  
**Signature obligatoire du parent ou répondant**

Nom en lettres moulées : \_\_\_\_\_

Nom du campeur : \_\_\_\_\_

6.

### HABITUDES PARTICULIÈRES

1) **ALIMENTATION** : appétit normal \_\_\_\_\_ peu d'appétit \_\_\_\_\_

S'alimente de façon autonome \_\_\_\_\_ avec aide \_\_\_\_\_ avec stimulation \_\_\_\_\_

Préparation de la nourriture : molle \_\_\_\_\_ en purée \_\_\_\_\_ en morceaux \_\_\_\_\_

Particularités \_\_\_\_\_

2) **MOBILITÉ** : autonome, circule sans aide \_\_\_\_\_ avec marchette \_\_\_\_\_ canne \_\_\_\_\_

Perte d'équilibre \_\_\_\_\_ besoin d'orthèse \_\_\_\_\_

Particularités \_\_\_\_\_

3) **SOMMEIL** : bon \_\_\_\_\_ s'éveille souvent \_\_\_\_\_ insomnie \_\_\_\_\_ agitation \_\_\_\_\_

Cauchemar \_\_\_\_\_ errance \_\_\_\_\_ CPAP \_\_\_\_\_

Particularités \_\_\_\_\_

4) **HYGIÈNE PERSONNELLE** : autonome \_\_\_\_\_ aide partielle \_\_\_\_\_ aide totale \_\_\_\_\_

Préfère douche \_\_\_\_\_ préfère bain \_\_\_\_\_ fréquence : chaque jour \_\_\_\_\_ aux 2 jours \_\_\_\_\_

Fait sa barbe seul \_\_\_\_\_ avec aide \_\_\_\_\_ / Lave ses dents seul \_\_\_\_\_ avec aide \_\_\_\_\_

Besoin de banc (transfert dans le bain) \_\_\_\_\_

Particularités \_\_\_\_\_

5) **HABILLEMENT** : autonome \_\_\_\_\_ aide partielle \_\_\_\_\_ aide totale \_\_\_\_\_

6) **APPAREILS AUDITIFS** \_\_\_\_\_ **LUNETTES** \_\_\_\_\_ **ORTHÈSES** \_\_\_\_\_

7) **ÉLIMINATION** : va à la toilette seul \_\_\_\_\_ avec aide \_\_\_\_\_

S'essuie seul \_\_\_\_\_ avec aide \_\_\_\_\_ / Incontinence urinaire \_\_\_\_\_ fécale \_\_\_\_\_

Culotte d'incontinence jour \_\_\_\_\_ nuit \_\_\_\_\_

Diarrhée occasionnelle \_\_\_\_\_ fréquente \_\_\_\_\_ / Stomie \_\_\_\_\_

Particularités : \_\_\_\_\_

Nom du campeur : \_\_\_\_\_

7.

**8) COMMUNICATION** : communique bien ses besoins \_\_\_\_\_

Élocution difficile \_\_\_\_\_ a besoin de stimulation avec pictogrammes ou mains animées \_\_\_\_\_

Est triste \_\_\_\_\_ pleure souvent \_\_\_\_\_ s'isole \_\_\_\_\_

Est agressif \_\_\_\_\_ désorienté \_\_\_\_\_ est souvent agité \_\_\_\_\_

Particularités : \_\_\_\_\_

**9) ACTIVITÉS :**

Activités que le campeur **AIME** particulièrement

Camping \_\_\_\_\_ bricolage \_\_\_\_\_ marche \_\_\_\_\_ feux de camp \_\_\_\_\_

Jeux d'eau \_\_\_\_\_ sports \_\_\_\_\_ musique \_\_\_\_\_ spectacles \_\_\_\_\_

Activités que le campeur **N'AIME PAS** particulièrement

Camping \_\_\_\_\_ bricolage \_\_\_\_\_ marche \_\_\_\_\_ feux de camp \_\_\_\_\_

Jeux d'eau \_\_\_\_\_ sports \_\_\_\_\_ musique \_\_\_\_\_ spectacles \_\_\_\_\_

Particularités : \_\_\_\_\_

**10) SÉCURITÉ** : risque de chute \_\_\_\_\_ / Met des objets dans sa bouche ou ailleurs \_\_\_\_\_

A le droit de fumer la cigarette \_\_\_\_\_ la vapoteuse \_\_\_\_\_

Particularités : \_\_\_\_\_

Page suivante...

Nom du campeur : \_\_\_\_\_

8.

**Vêtements et effets à apporter lors du séjour**  
**Tous les effets doivent être identifiés**

S.V.P. remplir cette liste et la placer dans la valise pour aider les moniteurs et monitrices  
L'administration du camp **ne se rend pas responsable des objets perdus ou oubliés.**

DESCRIPTION	NOMBRE
<b>Paires de bas – au moins 6</b>	
<b>Petites culottes – au moins 7</b>	
<b>Soutien-gorge</b>	
<b>Gilets à manches longues</b>	
<b>Gilets à manches courtes</b>	
<b>Shorts</b>	
<b>Pantalons longs</b>	
<b>Jaquette ou pyjama</b>	
<b>Sarreau ou vieille chemise</b>	
<b>Imperméable</b>	
<b>Maillot de bain</b>	
<b>Sandales de plage</b>	
<b>Espadrilles</b>	
<b>Débarbouillettes</b>	
<b>Serviettes et serviette de plage</b>	
<b>Dentifrice</b>	
<b>Brosse à dents</b>	
<b>Peigne</b>	
<b>Crème solaire</b>	
<b>Shampoing</b>	
<b>Rasoir électrique (obligatoire)</b>	

- Prévoir des vêtements et articles de toilette pour 6 jours.
- Identifier les articles du campeur et en glisser une liste dans la valise.
- Lors du départ, vous êtes priés de vérifier le contenu de la valise.