CAMP DE JOUR LA RELÈVE

Date limite : 15 mars 2020

Fiche d’inscription 2021

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| INFORMATIONS SUR LE PARTICIPANT | | | | |
| Nom : | | Prénom : | | |
| Date de naissance : | | Âge : | | Sexe : |
| # assurance maladie : | | # transport adapté : | | |
| Taille : | Poids : | | Photo | |
| Diagnostic : | | |
| Allergies : | | |
| Grandeur de t-shirt :  Junior P  Junior M  Junior G  P  M  L | | |

|  |  |
| --- | --- |
| COORDONNÉES DU PARTICPANT | |
| Adresse de résidence : | |
| Ville : | Code postal : |
| Téléphone rés. : | Cellulaire : |
| Courriel : | |
| Personne responsable : | Lien avec le participant : |

|  |  |
| --- | --- |
| COORDONNÉES DES PARENTS (SI DIFFÉRENTES) | |
| Nom des parents : | |
| Adresse : | |
| Ville : | Code postal : |
| Téléphone : | Courriel : |

|  |  |
| --- | --- |
| RESSOURCES PROFESSIONNELLES | |
| École fréquentée par le participant : | |
| Personne-ressource à l’école : | Téléphone : |
| Est-ce que le participant est suivi au CRDI ?  Oui  Non | |
| Nom de l’intervenant : | Téléphone : |

INFORMATIONS SUR LE CAMP

* Lieu : Centre de loisirs Ste-Ursule, 3224, rue Armand Hamelin (à confirmer)
* Heures de fréquentation : 9h00 à 16h00
* Âge minimum : 5 ans au 30 septembre 2021 / Âge maximum : 12 ans au 30 septembre 2021
* Priorité accordée aux résidents de la Ville de Québec
* Ratio d’un intervenant par participant

|  |
| --- |
| **Section réservée à l’administration** |
| Date de réception : #reçu : |
| Notes : |

SÉLECTION DES SEMAINES DE FRÉQUENTATION

Veuillez cocher les semaines de fréquentation souhaitées.

Semaine A : 28 juin au 2 juillet\*

Semaine B : 5 au 9 juillet

Semaine C : 12 au 16 juillet

Semaine D : 19 au 23 juillet

Semaine E : 26 au 30 juillet

Semaine F : 2 au 6 août

Semaine G : 9 au 13 août

*\* Aucune activité le 1er juillet*

*Cette demande n’est pas automatique et finale. Vous recevrez une confirmation des semaines accordées dans les 2 semaines suivant la fin des inscriptions.*

*Une priorité sera accordée aux participants du camp de l’année précédente jusqu’au 15 mars. Les inscriptions seront traitées par date de réception.*

*Les participants inscrits recevront la documentation concernant le camp quelques semaines avant le début des activités.*

PAIEMENT

Tarif pour l’été 2021 : **65$/semaine**

**Le paiement total devra nous être acheminé aussitôt les semaines de fréquentation confirmées.** Le chèque doit être fait au nom d’Adaptavie et post-daté au plus tard du 1er juin 2021.

Si les frais de camp doivent être facturés, veuillez compléter les informations suivantes :

|  |  |
| --- | --- |
| Nom du payeur : | Lien avec le participant : |
| Organisme (s’il y a lieu) : | |
| Adresse : | |
| Ville : | Code postal : |
| Téléphone : | Courriel : |
| *Note : Si les frais de camp sont payés par un organisme, il est de votre responsabilité de faire les démarches auprès de celui-ci pour que le paiement nous soit acheminé.* | |

POLITIQUE DE REMBOURSEMENT

* Pour une annulation avant le 30 avril, les frais de séjour seront remboursés. 5,00$ de frais administratifs seront prélevés.
* Pour une annulation entre le 30 avril et le 1er juin, 80% des frais de séjour seront remboursés.
* Pour une annulation entre le 1er juin et la date du début du séjour, les frais de séjour ne seront pas remboursables. Toutefois, Adaptavie pourra rembourser au maximum 80% des frais de séjour s'il réussit à combler la place par un autre vacancier. Pour des raisons de santé, sur présentation d'un certificat médical, 80% des frais de séjour seront remboursés.
* Pour un départ prématuré pour des raisons de santé, pendant le séjour, la direction d'Adaptavie pourra rembourser au maximum 80% des frais de séjour pour la période inoccupée, sur présentation d'un certificat médical.
* Pour un départ prématuré pour des problèmes comportementaux jugés inacceptables, aucun remboursement ne sera effectué.

*Adaptavie se décharge de toutes responsabilités en cas d'accident, de perte ou de vol d'objets.*

*J'atteste que les informations fournies sont véridiques et j'accepte la politique de remboursement ci-haut mentionnée.*

Signature du responsable du participant :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| INFORMATIONS MÉDICALES | | | |
| Problèmes de santé :  Asthme  Diabète  Épilepsie  Autre : | | | |
| MÉDICATION | | | |
| Nom du médicament | Nombre de fois/jour | Dose | Heure |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Informations complémentaires pour la prise de médicaments : | | | |

|  |
| --- |
| SÉCURITÉ EN MILIEU AQUATIQUE |
| Le participant doit-il porter une veste de flottaison individuelle à la piscine ?  Oui  Non |
| Le participant sait-il nager?  Oui  Non |

|  |
| --- |
| GOÛTS ET INTÉRÊTS |
| Activités physiques préférées : |
| Activités manuelles préférées : |
| Activités culturelles préférées : |
| Sorties préférées : |

|  |
| --- |
| HYGIÈNE ET AUTONOMIE FONCTIONNELLE |
| Le participant va à la toilette :  Seul  Avec aide  Précisez : |
| Le participant s’habille :  Seul  Avec aide verbale  Avec aide physique  Précisez : |
| Le participant porte une culotte d’hygiène :  Oui  Non  Seulement la nuit |
| Informations supplémentaires sur l’hygiène : |

|  |
| --- |
| COMMUNICATION |
| Le participant s’exprime par :  Paroles  Gestes  LSQ  Français signé |
| Le participant parle :  Couramment  Avec difficulté  Pour exprimer ses besoins |
| Le participant utilise les pictogrammes :  Oui  Non |
| La compréhension générale est :  Excellente  Suffisante  Faible |
| Le participant sait lire :  Oui  Non |
| Le participant sait écrire :  Oui  Non |

|  |
| --- |
| COMPORTEMENTS |
| Bris de matériel :  Oui  Non  Dans quelles circonstances ?   Interventions à privilégier : |
| Tendance à fuguer :  Oui  Non  Dans quelles circonstances ?  Interventions à privilégier : |
| Tendance à s’automutiler :  Oui  Non  Dans quelles circonstances ?  Manifestations :  Interventions à privilégier : |
| Tendance à être agressif :  Oui  Non  Dans quelles circonstances ?  Manifestations :  Interventions à privilégier : |
| Tendance à manger des substances non comestibles :  Oui  Non  Précisez : |
| Craintes, peurs, phobies :  Interventions à privilégier : |
| Autres aspects comportementaux à souligner : |

|  |
| --- |
| ALIMENTATION |
| Le participant mange :  Peu  Moyennement  Beaucoup  Lentement  Rapidement  Seul  Avec aide Précisez : |
| Allergies ou intolérances alimentaires : |
| Mets préférés : |
| Mets non appréciés : |
| Le participant suit une diète ou un régime :  Oui  Non  Précisez : |
| Autres particularités alimentaires : |

|  |
| --- |
| MOBILITÉ |
| Le participant marche :  Seul  Avec aide technique  Précisez : |

|  |
| --- |
| AUTORISATIONS |
| Par la présente, j’autorise un intervenant d’Adaptavie à aller **observer** **mon enfant** **dans son milieu scolaire**.  Signature du parent : |
| Par la présente, j'autorise le personnel d'Adaptavie à **communiquer avec les partenaires du réseau** (CRDIQ, CIUSSS, école, STAC) afin de mieux connaître mon enfant et **d’échanger des renseignements pertinents** au besoin.  Signature du parent : |
| Par la présente, j'autorise le personnel d'Adaptavie à **faire porter des coquilles** à mon enfant lorsque la situation le demande.  Signature du parent : |

|  |
| --- |
| REFUS D’UTLISATION DE PHOTOGRAPHIE |
| Afin de promouvoir les activités de l’organisme, Adaptavie prend des photos ou réalise des vidéos de ses membres. **Si vous n’accordez pas à Adaptavie le droit d’être photographié ou filmé, veuillez remplir la section ci-dessous**.  Je,      (lettres moulées), refuse par la présente Adaptavie et son conseil d’administration à utiliser, sans contrepartie, les photographies représentant mon enfant,  et à les publier sur l’un ou l’autre des supports de communication qu’ils jugeront appropriés et dont le but est de promouvoir Adaptavie (notamment site Internet, brochures et publications).  Signature du responsable du participant : |

**Vous devez faire parvenir ce formulaire au plus tard le 15 mars 2021, le cachet de la poste en faisant foi, à l’adresse suivante :**

**Adaptavie (a/s Mélanie Beaudoin)**

**525, boul. Hamel Est, local F-122**

**Québec (Qc), G1M 2S8**

**melanie.beaudoin@adaptavie.org**