

RENSEIGNEMENTS

PARENTS OU TUTEURS

| | | | |
|--|--------------------------|-----------------------------------|--|
| Mère (ou autre): Nom : | | Père (ou autre) : Nom : | |
| Adresse : | | Adresse : | |
| Ville : | Code postal : | Ville : | Code postal : |
| Courriel : | | Courriel : | |
| Résidence : | Bureau : | Résidence : | Bureau : |
| Cell.: | Télécopieur : | Cell.: | Télécopieur : |
| Occupation : | | Occupation : | |
| Employeur : | | Employeur : | |
| Le reçu pour fin d'impôt doit être émis à : | | | |
| <input type="checkbox"/> | No d'assurance sociale : | à | % (Pourcentage du reçu à émettre à cette personne) |
| <input type="checkbox"/> | No d'assurance sociale : | à | % (Pourcentage du reçu à émettre à cette personne) |

PARTICIPANT

| | | | |
|--------|--|---------------------|--|
| Nom : | | Prénom : | |
| Sexe : | <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin | Date de naissance : | |

SÉJOUR

ALIZÉ

| Cochez | Durée | Âge | Dates | Coût | TPS (5%) | TVQ (9,975%) | Cotsation ACQ | Total |
|--------------------------|----------|----------------|--|-----------|----------|--------------|---------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> | 5 nuits | 16 ans et plus | Lundi 6 août au samedi 11 août 2018 | 475.00\$ | 23.75\$ | 47.38\$ | 5.00\$ | 551.13\$ |
| <input type="checkbox"/> | 6 nuits | | Dimanche 12 août au samedi 18 août 2018 | 570.00\$ | 28.50\$ | 56.86\$ | 5.00\$ | 660.36\$ |
| <input type="checkbox"/> | 11 nuits | | Lundi 23 juillet au vendredi 3 août 2018 (avec expédition) | 1045.00\$ | 52.25\$ | 104.24\$ | 5.00\$ | 1206.49\$ |
| <input type="checkbox"/> | 12 nuits | | Lundi 6 août au samedi 18 août 2018 | 1140.00\$ | 57.00\$ | 113.72\$ | 5.00\$ | 1315.72\$ |

Je consens à ce qu'un montant supplémentaire de 25\$ me soit facturé en guise de contribution à la Fondation des camps Odyssee! Un reçu sera émis. =

Initiales : _____ 100\$ 50\$ 0\$ 25\$ Montant autre :

Coût total =

Veuillez nous faire parvenir la fiche d'inscription, accompagnée de votre premier versement (50% des frais avec les taxes) par chèque à l'ordre des Camps Odyssee. Le solde total de la facture est dû pour le 1^{er} juin 2018.

Ces séjours s'adressent à des adultes ou des enfants de 16 ans et plus avec déficience intellectuelle légère à moyenne. Ces campeurs doivent être autonomes pour leurs soins personnels (aller à la toilette, s'habiller, se laver, se nourrir, etc.) avec supervision. Nous offrons un ratio d'un moniteur pour 3 campeurs. Nous consultons le dossier de chaque campeur au moment de l'inscription pour nous assurer que nous soyons en mesure d'accueillir chaque campeur de façon sécuritaire en respectant les limites de notre personnel. Le campeur doit être en mesure de se déplacer seul ou avec un peu d'aide, puisque le terrain est vaste et accidenté. Nous souhaitons que la majorité des campeurs puissent participer à l'ensemble des activités proposées.

RÉPONDANTS D'URGENCE

Vous devez nous fournir le nom de **deux personnes, autre que les parents**, que nous pourrions contacter en cas d'urgence, **si nous sommes incapables de vous joindre**.

| | |
|----------------------|----------------------|
| Nom : | Nom : |
| Résidence : | Résidence : |
| Bureau : | Bureau : |
| Cell.: | Cell.: |
| Lien avec l'enfant : | Lien avec l'enfant : |

RÉSIDENCE SECONDAIRE

Si vous possédez une résidence secondaire que vous habiterez lorsque votre enfant sera au camp, veuillez S.V.P. nous indiquer vos coordonnées :

| |
|----------------|
| Adresse : |
| Code postal : |
| Municipalité : |
| Résidence : |

GRANDEUR DE T-SHIRT

Un t-shirt est remis à chaque campeur à la fin du camp. Cochez la grandeur que vous souhaitez avoir pour votre enfant :

| | | | | | |
|------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|--|--|---|
| Enfants : | XS (4-6 ans) <input type="checkbox"/> | S (7-9 ans) <input type="checkbox"/> | M (10-12 ans) <input type="checkbox"/> | L (13-14 ans) <input type="checkbox"/> | XL (15-17 ans) <input type="checkbox"/> |
| Adultes : | XS <input type="checkbox"/> | S <input type="checkbox"/> | M <input type="checkbox"/> | L <input type="checkbox"/> | XL <input type="checkbox"/> |

PROFIL DU PARTICIPANT

FRÈRES ET SŒURS (NON-INSCRITS AU CAMP)

| | | |
|--------|----------|-------|
| Sexe : | Prénom : | Âge : |
| Sexe : | Prénom : | Âge : |
| Sexe : | Prénom : | Âge : |

RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES

| | |
|------------------------------------|--------------------------|
| Langue maternelle : | Autre langue parlée : |
| École fréquentée (S'il y a lieu) : | Emploi (S'il y a lieu) : |

EXPÉRIENCE EN CAMP DE VACANCES

Est-ce son premier séjour en camp de vacances? Oui Non
Si non, indiquez si la réaction fut positive ou négative et expliquez au besoin.

Si l'enfant est un ancien campeur dans notre organisation, indiquez le camp et les années :

Si l'enfant est un nouveau campeur, indiquez de quelle façon vous avez entendu parler de notre organisation :
 Répertoire de l'A.C.Q. Réseaux sociaux Recherche internet Parents ou amis Poste
 ADI CSSS CRDI Autre organisme, lequel : Autre, spécifiez :

BAIGNADE

| |
|--|
| Votre enfant a-t-il peur de l'eau? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Votre enfant doit-il porter : <input type="checkbox"/> Des bouchons <input type="checkbox"/> Un vêtement de flottaison individuel (V.F.I.) |

FICHE SANTÉ

CAMPEUR

Nom de l'enfant :

Numéro d'assurance maladie :

Date d'expiration :

Taille :

Poids :

VACCINATION

Date de la dernière vaccination tétanos :

Nombre de vaccins reçus contre la varicelle :

MÉDICAMENTS


Votre enfant prend-il régulièrement des médicaments prescrits par un médecin? : Oui Non

MÉDICAMENTS

POSOLOGIE
(fréquence et rythme de la prise de médicament)

Nous aimerions connaître le nom et les coordonnées du médecin traitant du participant.

Nom :

 Bureau :

Le participant a-t-il tendance à réclamer inutilement des médicaments (exemple : mal de tête, mal de gorge, mal de ventre, etc.)? Non Oui, spécifiez : _____

ALLERGIES, INTOLÉRANCES ET HABITUDES ALIMENTAIRES

Dans le cas d'allergies alimentaires sévères ou rares, le parent pourrait avoir à fournir certains aliments.

Attention : Les camps Odyssée accueillent les enfants avec des restrictions alimentaires. Ce choix oblige les camps :

- À revoir ses menus (sur place ou en expédition)
- À prévoir l'équipement et le personnel pour la préparation des repas.

Il est donc essentiel de compléter cette information rapidement et sans négliger les détails. Ces questions s'adressent à des enfants souffrant d'allergie(s) alimentaire(s) ou intolérance(s).

L'enfant souffre-t-il d'allergies (alimentaires ou autres) ? Oui Non

Si oui, précisez le ou les allergène(s) et le type de réaction(s) :

L'enfant a-t-il des intolérances ? Oui Non

Si oui, précisez le ou les allergène(s) et le type de réaction(s) :

L'enfant a-t-il des habitudes ou particularités alimentaires (ex : végétarien) ? Oui Non

Si oui, précisez :

Votre enfant aura-t-il son doseur d'adrénaline avec lui au camp? Oui Non Si oui, date d'expiration :

Il est important d'apporter deux autoinjecteurs.

Si vous avez coché oui à l'une des trois questions concernant les allergies, intolérances et habitudes alimentaires :

- Je certifie que les informations sont complètes et je m'assure de transmettre au camp toutes les informations nécessaires permettant à mon enfant de vivre un séjour sécuritaire.
- Je comprend que le camp pourrait offrir à l'occasion à mon enfant un repas différent de celui prévu au menu pour lui permettre d'avoir un repas complet.

Si votre enfant a des allergies alimentaires, veuillez apporter au camp deux photos.

FICHE SANTÉ

MALADIES ET PROBLÈMES PARTICULIERS

| COCHEZ | HANDICAPS | PRÉCISIONS NÉCESSAIRES |
|--------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> | Moteur ou physique | |
| <input type="checkbox"/> | Visuel | |
| <input type="checkbox"/> | Auditif | |
| <input type="checkbox"/> | Autre (précisez) | |
| COCHEZ | TROUBLES NEURODÉVELOPPEMENTAUX | PRÉCISIONS NÉCESSAIRES |
| <input type="checkbox"/> | DI (Déficience intellectuelle) | <input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Élevé |
| <input type="checkbox"/> | Troubles spécifiques des apprentissages | |
| <input type="checkbox"/> | Troubles moteurs | |
| <input type="checkbox"/> | Trouble de la communication | |
| <input type="checkbox"/> | TSA (Trouble spectre de l'autisme) | |
| <input type="checkbox"/> | TDA (Trouble du déficit de l'attention) | |
| <input type="checkbox"/> | TDAH (Trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité) | |
| <input type="checkbox"/> | Autre (précisez) | |
| COCHEZ | MALADIES OU PROBLÈMES PARTICULIERS | PRÉCISIONS NÉCESSAIRES |
| <input type="checkbox"/> | Asthme | |
| <input type="checkbox"/> | Diabète | |
| <input type="checkbox"/> | Dyslexie | |
| <input type="checkbox"/> | Dyspraxie | |
| <input type="checkbox"/> | Énurésie | |
| <input type="checkbox"/> | Épilepsie | |
| <input type="checkbox"/> | Eczéma | |
| <input type="checkbox"/> | Énurésie nocturne | |
| <input type="checkbox"/> | Interventions chirurgicales (indiquez l'année) | |
| <input type="checkbox"/> | Prothèse, orthèse, appareil dentaire ou autre | |
| <input type="checkbox"/> | Insomnie | |
| <input type="checkbox"/> | Apnée du sommeil | |
| <input type="checkbox"/> | Somnambulisme | |
| <input type="checkbox"/> | Syndrome Gilles de la Tourette | |
| <input type="checkbox"/> | Problèmes cardiaques | |
| <input type="checkbox"/> | Trouble de comportement | |
| <input type="checkbox"/> | Autre (précisez) | |

INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

(diagnostiques, particularités , etc.)

Précisez :

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

TRAITS DE CARACTÈRES ATYPIQUES

A-t-il de la difficulté à se faire des amis? Oui Non

A-t-il des difficultés relationnelles ou affectives? Oui Non

Comment se comporte-t-il à l'école ou dans son milieu de travail? Précisez :

De quel type d'accompagnement a-t-il besoin à l'école ou au travail? Précisez :

Quel est son rapport avec l'autorité? Précisez :

Nous aimerions connaître les **traits de caractère** dominants de votre enfant, de même que les aspects particuliers de son comportement (comportement avec ses compagnons, avec l'adulte, rapport avec l'autorité, vie de groupe), ceci dans le but d'intervenir de la meilleure façon possible avec lui :

Précisez :

AUTRES RECOMMANDATIONS

(événement important vécu pendant l'année, trait de caractère à mentionner, etc.)

Précisez :

INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

Si cette inscription est pour une fille, a-t-elle eu ses premières menstruations? Oui Non

Si non, est-elle renseignée sur le sujet? Oui Non

AUTONOMIE

Est-il accompagné par un intervenant en tout temps? Oui Non

Le participant marche : Seul Avec aide

Il a besoin d'appareil spécialisé pour se déplacer : Oui Non

Endurance à la marche : Faible (moins de 10 minutes) Bonne (20 à 30 minutes)

Peut-il marcher sur un terrain accidenté? Oui Avec aide Non

Peut-il aller seul à la toilette? Oui Avec aide partielle Avec aide totale

Peut-il se laver seul? Oui Avec aide partielle Avec aide totale

Peut-il aller s'habiller à la toilette? Oui Avec aide partielle Avec aide totale

Peut-il gérer ses effets personnels? Oui Avec aide Non

Y a-t-il des activités auxquelles il ne peut pas participer? Non Oui, spécifiez :

ALIMENTATION

| | | | |
|--|------------------------------------|--|---|
| Peut-il manger seul? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Avec aide partielle | <input type="checkbox"/> Avec aide totale |
| Peut-il boire seul? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Avec aide partielle | <input type="checkbox"/> Avec aide totale |
| Mange-t-il de la nourriture : | <input type="checkbox"/> Régulière | <input type="checkbox"/> Morceaux | <input type="checkbox"/> Purée |
| A-t-il des habitudes alimentaires particulières? | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui, spécifiez : | |
| | | | |
| Refuse-t-il de manger certains aliments? | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui, spécifiez : | |
| | | | |

COMMUNICATION

| | | | | |
|---|--|---|--|--|
| Le participant communique : | <input type="checkbox"/> Verbalement | <input type="checkbox"/> Gestes | <input type="checkbox"/> Pictogrammes | <input type="checkbox"/> Autres, spécifiez : |
| Le participant comprend les consignes : | <input type="checkbox"/> Difficilement | <input type="checkbox"/> Une consigne à la fois | <input type="checkbox"/> Plusieurs consignes à la fois | |
| Votre enfant s'exprime : | <input type="checkbox"/> Bien | <input type="checkbox"/> Peu | <input type="checkbox"/> Pas du tout | |

SOMMEIL

| | | | |
|--|------------------------------|---|--|
| Heure habituelle du lever : | | Heure habituelle du coucher : | |
| Se réveille-t-il la nuit? : | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> À l'occasion | <input type="checkbox"/> Souvent, précisez : |
| A-t-il un rituel particulier au coucher? | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui, spécifiez : | |

RECOMMANDATIONS PARTICULIÈRES

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

IMPORTANT : Si la situation de votre enfant change d'ici l'arrivée au camp, veuillez nous en aviser.
Merci.

ENGAGEMENT ET AUTORISATION DES PARENTS

Veillez apposer vos initiales à chacune des clauses et signer l'autorisation.

1. Je, soussigné(e), reconnais avoir pris connaissance des conditions d'admission et des règlements financiers du Camp, et m'engage à les respecter; les frais de séjour seront payés à temps. Je reconnais aussi avoir pris connaissance de la politique de remboursement du Camp. **Initiales :** _____
2. Je soussigné(e), reconnais que les Camps de vacances Odyssée, l'Association des camps du Québec ou ses mandataires pourront prendre des photographies ou enregistrer des films sur lesquels mon enfant pourrait figurer. Je les autorise à utiliser son image, sa ressemblance ou sa voix à des fins publicitaires, dans des médias traditionnels ou sociaux tels que revues, brochures, journaux, télévision, Internet, etc. Il est expressément entendu que son nom ne pourra être utilisé. Tout le matériel demeurera la propriété des Camps de vacances Odyssée. **Initiales :** _____
3. J'autorise le personnel du camp à administrer à mon enfant en cas de besoin un ou plusieurs médicaments en vente libre, tels que : analgésique-anti-pyrétique (acétaminophène), anti-inflammatoire (ibuprofène ou autre), sirop anti-tussif ou expectorant (type dextrométhorphan-guaifénasime), pastilles pour la toux, le mal de gorge (fisherman's friend, cépacol, etc.), antidiarhéique (lopéramide), sels réhydratants (gastrolyte), sirop pour constipation occasionnelle (type lactulose), anti-nauséeux (type dimenhydrinate), anti-histaminique (type loratadine, diphenhydramine, etc.), onguent antibiotique (type bactroban, fucidin, etc.), corticoïde topique faible puissance (type cortate), antihistaminique topique (type bédadryl), anti-parasitose (nix, resultz), solarcaïne, onguent vaseline, crème anti prurit type calamine, crème pour douleurs musculaire type antiphlogistine, désinfectant plaie (chlorhexidine, proviodine), pâte d'ihle. **Initiales :** _____
4. Je, soussigné(e), déclare être titulaire de l'autorité parentale de l'enfant ci-haut mentionné. Je demande à la direction du camp, ou à toute autre personne désignée par elle, si elle le juge nécessaire, de me joindre au numéro de téléphone indiqué advenant que l'enfant soit blessé ou malade et que cela nécessite l'intervention du médecin. **Initiales :** _____
5. J'autorise la direction du camp, si cela est jugé nécessaire, à confier l'enfant sans délai à un médecin, un CLSC ou un hôpital de son choix et à signer tous les documents requis par les autorités médicales pour que l'enfant soit l'objet des soins nécessaires à son état. Les frais de transport au CLSC, à l'hôpital ou à domicile, incluant un éventuel transport ambulancier, seront à ma charge. **Initiales :** _____
6. J'autorise aussi par la présente, le médecin, le CLSC ou l'hôpital à prodiguer à l'enfant les soins requis, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'examen, de prélèvements, de traitements ou de toute autre intervention. **Initiales :** _____
7. J'autorise la divulgation des renseignements contenus sur la Fiche d'inscription au responsable des soins de santé du camp, au médecin, au CLSC ou à l'hôpital s'occupant de l'enfant. **Initiales :** _____
8. Je m'engage à entrer en communication sans délai avec les autorités médicales à qui sera confié l'enfant, sur demande verbale de la direction du camp ou d'une personne désignée par elle. **Initiales :** _____
9. Je certifie ne pas avoir délibérément omis de renseignements sur l'état de santé de mon enfant. Je suis conscient(e) que l'information contenue dans la fiche vise à mieux planifier et encadrer la sécurité des activités auxquelles mon enfant participera et qu'elles permettent au personnel du camp de dresser un profil de sa clientèle. **Initiales :** _____
10. J'autorise les Camps Odyssée inc. à communiquer avec moi à des fins de commercialisation, de sondage, de mise à jour des données, de fidélisation, de statistiques et d'historique de service. À cet effet, je consens à recevoir des appels téléphoniques, des envois par la poste, par courriel ou par un autre mode de communication électronique. Ce consentement peut être retiré en contactant les Camps Odyssée. **Initiales :** _____

En foi de quoi, j'ai signé le :

Date

Signature du parent ou du titulaire de l'autorité parentale

Signature du (de la) campeur(se) si 14 ans et plus

