



FORMULAIRE D'INSCRIPTION CAMP DE JOUR / ÉTÉ 2018

Ce formulaire doit être complété une fois le participant admis (participant bénéficiant déjà de nos activités et nouveaux participants ayant été admis suite à l'application de la procédure d'admission en vigueur).

Toutes les informations contenues dans cette fiche resteront confidentielles et seront utilisées à l'interne seulement.

PHOTO
(nouvelle admission
seulement)

SVP - Joindre une photo
au formulaire
(Par courriel
info@espacemultisoleil.org
ou par la poste)

IDENTIFICATION

Prénom : _____ Nom : _____

Date de naissance (Jour/ Mois/Année) : _____ Âge : _____ École : _____

Adresse : _____ Ville : _____ Code postal : _____

Arrondissement : _____ Adresse courriel : _____

Téléphone (domicile) : _____ Cellulaire ou téléavertisseur : _____

Numéro de dossier au transport adapté de la STM : _____ (pour obtenir un numéro de dossier auprès de la STM : 514-280-8211; la démarche prend 45 jours une fois le dossier complet déposé)

Numéro d'Assurance Maladie : _____ Date d'expiration : _____

Nom du médecin traitant : _____ Hôpital : _____

Assurances : votre enfant est-il couvert par une assurance en cas d'accident ? (Ex. : assurance école, collective, familiale) Oui Non

*Veuillez noter que dans le cas d'un transport en ambulance, Espace Multisoleil ne couvre pas les frais occasionnés par le déplacement.

MILIEU DE VIE

Parents Mère Père Famille d'accueil Autre (précisez) : _____

Prénom et nom du père : _____

Tél. à domicile : _____ Tél. au travail : _____ Autre : _____

Nom de jeune fille et prénom de la mère :

Tél. à domicile : _____ Tél. au travail : _____ Autre : _____

Nom et prénom de la personne responsable de la famille d'accueil :

Tél. à domicile : _____ Tél. au travail : _____ Autre : _____

URGENCE (Indiquez des personnes différentes des parents/tuteurs s.v.p.)

1 - Personne à rejoindre en cas d'urgence : prénom, nom : _____

Téléphone #1 : _____ Téléphone #2 : _____ Lien avec le jeune : _____

2 - Personne à rejoindre en cas d'urgence : prénom, nom : _____

Téléphone #1 : _____ Téléphone #2 : _____ Lien avec le jeune : _____

FORMULAIRE D'INSCRIPTION CAMP DE JOUR / ÉTÉ 2018



Déficience(s)

SV.P. Cochez et décrire. Exemples : Léger, oreille droite, 70% de vision, etc.

Physique. Type : _____

Intellectuelle. Degré (lenteur, léger, moyen) : _____

Retard d'apprentissage : _____ Trouble du langage ou de la parole : _____

Auditive : _____ Visuelle : _____

Relié(s) à une maladie ? Oui Non Si oui, quelle maladie ? : _____

Handicap(s) /maladie de naissance ? Oui Non Si non, depuis quand ? _____

Santé

Diabète (utilise un glucomètre ?) _____

Allergies à : _____ Épipen

Symptômes à surveiller en cas d'allergie : _____

Épilepsie. Symptômes à surveiller / détails d'une crise : _____

Problème cardiaque, respiratoire ou à l'alimentation ? Si oui, le(s)quel(s) ? _____

Comportement

Déficit d'attention avec hyperactivité sans hyperactivité

Agressivité envers lui-même et/ou les autres, spécifiez : _____

Opposition régulière / occasionnelle, spécifiez : _____

Restrictions alimentaires

Dans le cadre de nos activités (atelier cuisine, dîner communautaire ou autre), il arrive que nous proposons à votre enfant d'autres aliments que ceux que vous lui donnez dans son lunch.

Aliments non autorisés ? Oui Non Si oui, le(s)quel(s) ? : _____

Consignes particulières (texture, etc.) : _____

Tableau des besoins

Nutrition				Communication	
Mange :	Diète	Boit :	Liquide:	Langue d'usage	
<input type="checkbox"/> Avec aide	<input type="checkbox"/> Régulière	<input type="checkbox"/> Avec aide	<input type="checkbox"/> Régulier	<input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autre : _____	
<input type="checkbox"/> Seul(e)	<input type="checkbox"/> Lisse (broyée)	<input type="checkbox"/> Seul(e)	<input type="checkbox"/> Épaissi	Type de communication (tout ce qui s'applique)	
			<input type="checkbox"/> Avec paille		
Précisez les techniques qui facilitent la nutrition (tenue de la tête, rythme, type d'aide requise, etc.) :				<input type="checkbox"/> Verbale	<input type="checkbox"/> Tableau de pictogrammes
				<input type="checkbox"/> Non-Verbale	<input type="checkbox"/> Ordinateur
				<input type="checkbox"/> Sons	<input type="checkbox"/> L.S.Q
				<input type="checkbox"/> Hoche la tête (oui/non)	<input type="checkbox"/> Gestes
				<input type="checkbox"/> Autre :	

FORMULAIRE D'INSCRIPTION CAMP DE JOUR / ÉTÉ 2018



Hygiène					
Va à la selle : <input type="checkbox"/> Avec aide <input type="checkbox"/> Seul(e) <input type="checkbox"/> Lève-personne	Culottes d'incontinence : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
Urine : <input type="checkbox"/> Avec aide <input type="checkbox"/> Seul(e) <input type="checkbox"/> Cathéter <input type="checkbox"/> Urinal <input type="checkbox"/> Bassine <input type="checkbox"/> Lève-personne					
Précisez les points importants (en apprentissage de la propreté, type d'aide requise pour chaque besoin d'hygiène, etc.) : 					
Déplacements	Aides supplémentaires				
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> En activités en lieu fixe <input type="checkbox"/> Fauteuil manuel (sans aucune aide) <input type="checkbox"/> Fauteuil manuel (besoin d'aide) <input type="checkbox"/> Fauteuil électrique <input type="checkbox"/> Poussette adaptée <input type="checkbox"/> Marchette <input type="checkbox"/> Marche sans aide <input type="checkbox"/> Autre : _____ </td> <td style="width: 50%; border: none;"> En sortie <input type="checkbox"/> Fauteuil manuel (sans aucune aide) <input type="checkbox"/> Fauteuil manuel (besoin d'aide) <input type="checkbox"/> Fauteuil électrique <input type="checkbox"/> Poussette adaptée <input type="checkbox"/> Marchette <input type="checkbox"/> Marche sans aide <input type="checkbox"/> Autre : _____ </td> </tr> </table>	En activités en lieu fixe <input type="checkbox"/> Fauteuil manuel (sans aucune aide) <input type="checkbox"/> Fauteuil manuel (besoin d'aide) <input type="checkbox"/> Fauteuil électrique <input type="checkbox"/> Poussette adaptée <input type="checkbox"/> Marchette <input type="checkbox"/> Marche sans aide <input type="checkbox"/> Autre : _____	En sortie <input type="checkbox"/> Fauteuil manuel (sans aucune aide) <input type="checkbox"/> Fauteuil manuel (besoin d'aide) <input type="checkbox"/> Fauteuil électrique <input type="checkbox"/> Poussette adaptée <input type="checkbox"/> Marchette <input type="checkbox"/> Marche sans aide <input type="checkbox"/> Autre : _____	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <input type="checkbox"/> Orthèses tibiales <input type="checkbox"/> Orthèses poignets <input type="checkbox"/> Corset <input type="checkbox"/> Appareil auditifs <input type="checkbox"/> Autre : _____ _____ _____ _____ _____ _____ </td> <td style="width: 50%; border: none;"> En piscine : <input type="checkbox"/> Veste de sauvetage <input type="checkbox"/> Flotteurs (<i>swim aid</i>) <input type="checkbox"/> Spaghettis <input type="checkbox"/> Dans les bras d'un animateur/trice *Si votre enfant est épileptique, nous vous demandons de fournir une veste de sauvetage pour les journées de sorties incluant une baignade. </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Orthèses tibiales <input type="checkbox"/> Orthèses poignets <input type="checkbox"/> Corset <input type="checkbox"/> Appareil auditifs <input type="checkbox"/> Autre : _____ _____ _____ _____ _____ _____	En piscine : <input type="checkbox"/> Veste de sauvetage <input type="checkbox"/> Flotteurs (<i>swim aid</i>) <input type="checkbox"/> Spaghettis <input type="checkbox"/> Dans les bras d'un animateur/trice *Si votre enfant est épileptique, nous vous demandons de fournir une veste de sauvetage pour les journées de sorties incluant une baignade.
En activités en lieu fixe <input type="checkbox"/> Fauteuil manuel (sans aucune aide) <input type="checkbox"/> Fauteuil manuel (besoin d'aide) <input type="checkbox"/> Fauteuil électrique <input type="checkbox"/> Poussette adaptée <input type="checkbox"/> Marchette <input type="checkbox"/> Marche sans aide <input type="checkbox"/> Autre : _____	En sortie <input type="checkbox"/> Fauteuil manuel (sans aucune aide) <input type="checkbox"/> Fauteuil manuel (besoin d'aide) <input type="checkbox"/> Fauteuil électrique <input type="checkbox"/> Poussette adaptée <input type="checkbox"/> Marchette <input type="checkbox"/> Marche sans aide <input type="checkbox"/> Autre : _____				
<input type="checkbox"/> Orthèses tibiales <input type="checkbox"/> Orthèses poignets <input type="checkbox"/> Corset <input type="checkbox"/> Appareil auditifs <input type="checkbox"/> Autre : _____ _____ _____ _____ _____ _____	En piscine : <input type="checkbox"/> Veste de sauvetage <input type="checkbox"/> Flotteurs (<i>swim aid</i>) <input type="checkbox"/> Spaghettis <input type="checkbox"/> Dans les bras d'un animateur/trice *Si votre enfant est épileptique, nous vous demandons de fournir une veste de sauvetage pour les journées de sorties incluant une baignade.				
Transferts					
Se transfère : <input type="checkbox"/> Avec aide complète <input type="checkbox"/> Avec aide partielle <input type="checkbox"/> Seul(e)	S'habille : <input type="checkbox"/> Avec aide <input type="checkbox"/> Avec aide partielle <input type="checkbox"/> Seul(e)				
Précisez les techniques qui facilitent les transferts et le bien-être de votre enfant (tenir les jambes, dos droit, type de soutien requis, etc.) : 					

MÉDICATION

Pour être conforme à la loi et nous permettre d'administrer la médication, vous devez joindre une copie de la prescription de médication avec ce formulaire si ce n'est pas déjà fait ou s'il y a eu des changements et vous devrez compléter les étiquettes-médicaments que nous vous remettons pour chaque journée d'activités. Veuillez prendre note que cela s'applique également pour la médication pris hors des heures d'activité.

Votre enfant a-t-il une prescription de médicaments qu'il doit prendre durant les activités ? Oui Non

Nom du (des) médicament(s): _____

Prescrit pour : _____

Posologie : _____

FORMULAIRE D'INSCRIPTION CAMP DE JOUR / ÉTÉ 2018



Votre enfant prend-il des médicaments en dehors des activités ? Oui Non

Nom du (des) médicament(s): _____

Prescrit pour : _____

Posologie : _____

AUTORISATIONS

AUTORISATION POUR PHOTOS ET VIDÉO : J'accepte que, dans le cadre des activités d'Espace Multisoleil, mon enfant soit pris en photo ou figure dans une vidéo et j'accepte que ces photos ou vidéo soient utilisées pour figurer éventuellement sur le site web d'Espace Multisoleil (www.espacemultisoleil.org), sur les réseaux sociaux d'Espace Multisoleil (page Facebook), sur le dépliant de l'organisme ou au sein de documents et/ou d'outils visant la promotion d'Espace Multisoleil ou à collecter des fonds. Si Espace Multisoleil voulait utiliser ces images à d'autres fins, l'accord des familles serait demandé au préalable.

Oui Non Signature : _____ Date : _____

AUTORISATION POUR LA TRANSMISSION D'INFORMATIONS FONCTIONNELLES SUR VOTRE JEUNE : Dans l'objectif que l'équipe d'Espace Multisoleil assure la meilleure sécurité possible et favorise l'autonomie de mon enfant, j'accepte que des informations fonctionnelles sur mon enfant soient transmises par l'équipe de réadaptation et d'éducation spécialisée des écoles Victor-Doré, Joseph Charbonneau, Peter Hall ou une autre à Espace Multisoleil.

Oui Non Signature : _____ Date : _____

AUTORISATION MÉDICALE

En cas d'urgence, j'autorise le personnel d'Espace Multisoleil à faire transporter mon enfant ou l'enfant dont je suis responsable à l'hôpital. J'autorise également le personnel de l'hôpital où il sera admis à donner les traitements médicaux et chirurgicaux jugés nécessaires. Aussi, je reconnais être informé(e) et avoir accepté le fait qu'à Espace Multisoleil, la médication (administrée par un intervenant de l'organisme agissant comme un substitut de ma personne et selon les consignes que j'aurai données) et les soins courants de l'enfant dont je suis responsable ne seront pas assumés par des professionnels de la santé.

Signature : _____ Date : _____

AUTORISATION D'UTILISATION DES COORDONNÉES :

J'autorise Espace Multisoleil, à des fins de collecte de fonds auprès des instances publiques (surtout les arrondissements de la Ville de Montréal) à communiquer l'adresse de mon enfant/celui dont je suis responsable.

Oui Non Signature : _____ Date : _____

FORMULAIRE D'INSCRIPTION CAMP DE JOUR / ÉTÉ 2018



AUTORISATION DE COMMUNIQUER AVEC UN INTERVENANT DU CRDITÉ DE MONTRÉAL OU UN INTERVENANT DU RÉSEAU DE LA SANTÉ IMPLIQUÉ ACTIVEMENT DANS LE DOSSIER DU PARTICIPANT & COORDONNÉES.

Dans l'objectif que l'équipe d'Espace Multisoleil assure la meilleure sécurité possible et favorise l'autonomie de mon enfant, j'accepte que des informations fonctionnelles sur mon enfant soient transmises à Espace Multisoleil par la personne désignée ci-dessous et qu'elle soit contactée en cas de besoin. Si l'équipe d'Espace Multisoleil avait besoin du soutien de cet intervenant sur les lieux des activités, je serai prévenu(e) préalablement par une personne en charge de la coordination de cette démarche spécifique.

Nom/ prénom de l'intervenant et fonction : _____

Téléphone(s) : _____ Adresse courriel : _____

Signature : _____ Date : _____

MATÉRIEL À FOURNIR

Je m'engage à fournir en tout temps à mon enfant ou à l'enfant dont je suis responsable le matériel suivant, **identifié au nom de l'enfant** :

- ❖ Un lunch froid en tout temps, sans arachides, kiwis et crevettes.
- ❖ Une bouteille d'eau
- ❖ De la crème solaire
- ❖ Chapeau ou casquette
- ❖ Des ustensiles pour manger et un verre pour boire
- ❖ Paille (si nécessaire)
- ❖ Costume de bain et serviette lorsque nécessaire
- ❖ Vêtements de rechange dans un sac en plastique

Si ces items s'appliquent aux besoins de mon enfant ou de l'enfant dont je suis responsable, je m'engage à fournir également en tout temps le matériel suivant, **identifié au nom de l'enfant** :

- ❖ Une boîte de lingettes pour les soins d'hygiène
- ❖ Un urinal ou une bassine
- ❖ Un napperon antidérapant
- ❖ Une boîte de gants de nitrile ou de latex de **taille moyenne ou large** pour les soins d'hygiène
- ❖ Des culottes d'incontinence
- ❖ Des serviettes hygiéniques
- ❖ Une/des débarbouillettes
- ❖ Une/des bavette(s)

Signature : _____ Date : _____

FORMULAIRE D'INSCRIPTION CAMP DE JOUR / ÉTÉ 2018

FRAIS, MODALITÉS DE PAIEMENT

Frais d'inscriptions :

- Semaine de camp de jour : 175.00\$ pour les résidents de la Ville de Montréal / 201.00\$ non-résidents
- 40\$ de frais de gestion du dossier
- 10\$ de cotisation annuelle

Les frais d'inscriptions sont payables au plus tard pour le 26 juin, par chèque ou en argent comptant.

CHOIX DES SEMAINES

Veuillez s.v.p. indiquer vos choix de semaines par ordre de priorité, le chiffre 1 étant le choix #1.



	26 au 29 juin*	3 au 6 juillet *	9 au 13 juillet	16 au 20 juillet
Choix (numéroté)				
	23 au 27 juillet	30 juillet au 3 août	6 au 10 août	13 au 17 août
Choix (numéroté)				

*Les lundis 25 juin et 02 juillet sont des journées de congés fériés en raison de la fête nationale du Québec et du jour de la confédération. Semaine de 4 jours d'activités.

Nombre total de semaines demandées : _____

Nom de la personne qui effectuera le paiement : _____

Numéro d'assurance sociale de cette personne : _____

PROCÉDURE D'ATTRIBUTION DES PLACES :

En raison du nombre limité de places par semaine, veuillez noter qu'il est possible que nous ne puissions pas vous offrir toutes les semaines que vous demandez et/ou que nous vous proposons d'autres choix. Nous vous confirmerons les semaines que nous pouvons vous octroyer suite à l'analyse de votre demande, et ce dans les meilleurs délais.

MERCI DE VOTRE CONFIANCE