

# FICHE D'INSCRIPTION

## Le Hameau des Marguerites

751, Chemin de la Grotte

Roxton Falls (Québec)

JOH 1E0

Tél. et Fax : 450-548-2356



Courrier : [hameau@cooptel.qc.ca](mailto:hameau@cooptel.qc.ca)

Site web : [www.hameaumarguerites.com](http://www.hameaumarguerites.com)

Photo

### TYPE DE PRÉSENCES

Fin de semaine RÉPIT  1 nuit   
2 nuits

### RENSEIGNEMENTS DE BASE

Nom de l'enfant :  # ass. Sociale :  Père  Mère

Sexe : F  M  Date de naissance  Âge :   
An mois jour

Adresse :  Téléphone :  Mère   
Père

Ville :  Code postal :

Nom de la mère :  Tél. urgence :

Nom du père :  Tél. urgence :

Responsable de l'enfant : mère  père  parents  tuteur

Nom du tuteur :  Téléphone :

Personnes pouvant venir chercher l'enfant :


Vous avez entendu parler du camp par : amis  site web  bottin des camps  médias

### CHOIX DE LA OU DES SEMAINES

Semaine Du :  Au :

## **Modalités de remboursement**

- **Les frais d'inscription ne sont pas remboursables en cas d'annulation de la part du client. Les frais d'inscription seront remboursés en cas d'annulation de l'inscription de la part du camp.**
- **Les frais de séjour seront remboursés à 50% dans le cas d'une annulation entre 31 et 44 jours avant le début du séjour.**
- **Les frais de séjour ne seront pas remboursés dans le cas d'une annulation à moins de 30 jours du début du séjour.**
- **Les frais de séjour seront remboursés dans le cas d'une annulation avant le séjour pour des raisons de santé avec la confirmation d'un médecin.**

**N.B. S.V.P., nous faire parvenir cette fiche d'inscription dûment remplie, accompagnée d'un chèque pour la totalité du montant (le tout daté au plus tard pour le 1<sup>er</sup> juin.**

---

**Signature**

---

**Date**

---

**Signature**

---

**Date**

## Fiche d'inscription (suite)



### Personne ayant une déficience

#### A. Type de déficience

- Auditive  Intellectuelle  Motrice  Autiste  Visuelle
- Psychique, (précisez)
- Déficiences multiples, (précisez)

#### B. Autonomie de la personne ayant une déficience

- Communication

La personne utilise

Un langage  parlé  gestuel  non verbal

Un appareil de communication

(tableau bliss ou autres)  oui  non

La personne se fait comprendre  facilement  difficilement

La personne comprend  facilement  difficilement

- Alimentation et habillage

La personne a besoin d'aide

oui non

Pour manger

Pour boire

Pour s'habiller

- Santé et hygiène

La personne a des problèmes de santé particuliers (précisez)

- Déplacement et transport

La personne se déplace

À l'intérieur  seule  avec aide

À l'extérieur  seule  avec aide

En fauteuil roulant  seule  avec aide

La personne a besoin d'aide  
pour s'orienter  oui  non

- Comportement

La personne a des troubles de comportement

Oui  non

Si oui : agressivité envers :

elle-même

Les autres

Démontre de l'opposition

occasionnellement

Continuellement

Problème de fugue

oui  non

Renseignements supplémentaires (indiquez tout renseignement que vous considérez comme important pour l'analyse de votre demande)

Nom du répondant :

Signature du répondant : \_\_\_\_\_





## RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Nom de l'enfant :  Prénom :

Sexe : Masculin  Féminin :  # ass. Maladie :

Nom des parents ou tuteurs :

Tél. maison :  Tél. bureau :

Tél. maison :  Tél. bureau :

Coordonnées de deux personnes autres que les parents ou tuteurs à rejoindre

1) Nom :

Adresse :

Code postal :  Tél :

Lien avec la famille :  parent  ami  voisin

2) Nom :

Adresse :

Code postal :  Tél :

Lien avec la famille :  parent  ami  voisin

Nom du médecin traitant :  Clinique ou hôpital :

Téléphone du médecin :

### Interventions chirurgicales

Votre enfant a-t-il déjà subi une intervention chirurgicale?  Oui  Non

Si oui : Date  Raison  Résultats

### Blessures graves

Date :

Décrire :

### Maladies chroniques ou récurrentes

Décrire :

## Antécédents médicaux

A-t-il (elle) déjà eu ?

	Oui	Non	Date
Otites	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Oreillons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Varicelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Rougeole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Scarlatine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Autres :

Précisez :

Souffre-t-il (elle) ?

	Oui	Non	Fréquence Date, etc.
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Hernies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Épilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Autres :

Précisez :

## Allergies

	Oui	Non
Fièvre des foins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herbes à puce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Piqûres d'insectes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Animaux *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pénicilline	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres médicaments *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergies aux arachides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergies alimentaire *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* Précisez :

Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Épipen, Ana-Kit) en fonction de ses allergies?

Oui  Non

Si oui, qui est autorisé à conserver et administrer ce médicament et selon quelle posologie?

Enfant lui-même  Moniteur de l'enfant  Toute personne adulte responsable

Posologie :

## À signer si votre enfant à une dose d'adrénaline

Par la présente, j'autorise les personnes désignées par le camp à administrer selon le besoin en cas d'urgence, la dose d'adrénaline  à mon enfant. (Joindre photo de l'enfant)

Signature du parent : \_\_\_\_\_

**Médicaments (voir à vous procurer un Dispill à votre pharmacie)**

Votre enfant prend-il des médicaments ?      Oui       Non

Si oui :      Nom du médicament       Posologie   
                  Nom du médicament       Posologie

Les prend-il lui-même ?      Oui       Non

Par la présente, j'autorise les personnes désignées par le camp à administrer selon le besoin ou en cas d'urgence, des tyléno, aspirine, sirop contre la toux ou pastille,  à mon enfant.

Signature du parent : \_\_\_\_\_

**Autres**

1. Présente-t-il des problèmes de comportement :      Oui       Non

Si oui, décrire

2. Mouille-t-il son lit      Oui       Non       Fréquence :

3. Est-il somnambule      Oui       Non       Fréquence :

4. Mange-t-il normalement      Oui       Non

Si non, décrire :

5. Porte-t-il des prothèses particulières      Oui       Non

Si oui, décrire :

6. Y a-t-il des réserves pour certaines activités :      Oui       Non

Si oui, décrire :

7. Autres particularités médicales, etc.

**Autorisation des parents**

En signant la présente, j'autorise la direction du camp à prodiguer tous les soins infirmiers nécessaires. Si la direction le juge nécessaire, je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement, dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire. De plus, s'il est impossible de nous joindre, j'autorise le médecin choisi par les autorités du camp à prodiguer à mon enfant séjournant au camp, tous les soins médicaux requis par son état, y compris la pratique d'une intervention chirurgicale, des injections, l'anesthésie et l'hospitalisation.

Nom et prénom du parent ou tuteur

Signature du parent ou tuteur \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_