

Base de plein air Perce - Neige

Fiche Administrative

NOM DE FAMILLE ET PRÉNOM DU VACANCIER		TÉLÉPHONE
NO	RUE	APP.
VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL

NOM ET PRÉNOM DE LA PERSONNE RESPONSABLE DE L'INSCRIPTION DU VACANCIER Ronald Métayer		
ADRESSE	Même que ci - dessus <input type="checkbox"/>	TÉLÉPHONE () -
LIEN AVEC LE VACANCIER :		
MÈRE	<input type="checkbox"/>	TUTEUR LÉGAL <input type="checkbox"/>
PÈRE	<input type="checkbox"/>	AUTRE :

HABITE:	PARENTS	<input type="checkbox"/>	PÈRE	<input type="checkbox"/>	MÈRE	<input type="checkbox"/>
	FAMILLE D'ACCUEIL	<input type="checkbox"/>	RÉS. D'ACCUEIL	<input type="checkbox"/>	APPARTEMENT	<input type="checkbox"/>
	AUTRE SPÉCIFIEZ :					

DATE DU SÉJOUR :

RATIO D'ENCADREMENT			
Correspond au nombre de vacanciers sous la responsabilité d'un moniteur. (Exemple: un moniteur pour un vacancier 1/1, un moniteur pour quatre vacanciers 1/4.)			
1/1	<input type="checkbox"/>	1/4	<input type="checkbox"/>

PRODUCTION DU RELEVÉ 24 RELATIF AUX FRAIS DE GARDE D'ENFANTS	
Veuillez inscrire le nom légal, prénom, adresse et numéro d'assurance sociale de la personne qui a payé les frais du séjour.	
NOM ET PRÉNOM:	NO.D'ASSURANCE SOCIALE
ADRESSE :	

Autorisation à des fins publicitaires

J'autorise la Base de plein air Perce - Neige ou ses mandataires à se servir des films ou photos pouvant être prises, lors du séjour du vacancier, en tout ou en partie à des fins publicitaires telles que brochures, revues, journaux, télévisions, etc. Tout le matériel utilisé demeurera la propriété de la Base de plein air Perce - Neige. La signature de la personne ayant la charge légal du vacancier est requise pour fin d'autorisation.

Non
Oui_____
Signature_____
Date

Consentement - Traitement et transport d'urgence

Si, à quelque moment que ce soit, un traitement médical s'impose pour cause de blessure ou maladie soudaine, j'autorise le personnel de la Base de plein air Perce - Neige à prendre toutes les mesures d'urgence qu'il juge nécessaires au bien-être du vacancier pendant qu'il en a la responsabilité.

Je comprends que ces mesures englobent la consultation d'un médecin, l'interprétation et l'exécution des directives de ce dernier, ainsi que le transport, y compris le transport en ambulance du vacancier à l'hôpital ou au cabinet du médecin.

Dans la mesure du possible, le vacancier sera transporté à l'hôpital d'Argenteuil à Lachute.

Je comprends que ces mesures peuvent être prises avant que je ne sois avisé(e) et que tous les frais engagés aux fins de traitement, y compris le transport par ambulance, seront facturés au nom et adresse spécifiés au contrat de location de service.

Signature_____
Date

(de la personne responsable de l'inscription du vacancier)

Base de plein air Perce - Neige

Fiche Descriptive

NOM DE FAMILLE ET PRÉNOM DU VACANCIER : _____

SEXE : F M

ÂGE : _____

GRANDEUR : _____

DATE DE NAISSANCE : 1 _____

LANGUE MATERNELLE : _____

POIDS : _____

COULEURS DES YEUX : _____

COULEURS DES CHEVEUX : _____

LANGUE SECONDE : _____



1- NIVEAU D'AUTONOMIE :

	SEUL	AVEC AIDE	NON		SEUL	AVEC AIDE	NON
IL MARCHÉ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IL MANGE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IL MET SES SOULIERS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IL BOIT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IL S'HABILLE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IL NAGE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IL SE LAVE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IL UTILISE L'ARGENT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IL SE BROSSE LES DENTS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IL SAIT LIRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IL SE PEIGNE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SE DÉPLACE (INTÉRIEUR)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IL URINE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SE DÉPLACE (EXTÉRIEUR)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IL VA À LA SELLE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SE DÉPLACE SUR UN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IL RECONNAÎT SES EFFETS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TERRAIN ACCIDENTÉ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PORTE-T-IL UNE PROTHÈSE DENTAIRE ? OUI NON

UTILISE-T-IL DES ADAPTATIONS POUR MANGER OU BOIRE ? OUI NON

SI OUI, SPÉCIFIEZ : _____

PORTE-T-IL UN APPAREIL ORTHOPÉDIQUE ? OUI NON

SI OUI, SPÉCIFIEZ : _____

LE (LES) MET-T-IL SEUL ? OUI NON

DOIT-T-IL LES PORTER JOUR ET NUIT JOUR NUIT

IL FUME OUI NON SI OUI INSCRIVEZ LE NOMBRE DE CIGARETTES PAR JOUR : _____

2- COMMUNICATION ET SENS :

IL S'EXPRIME :	Facilement	Avec difficulté	Pos du tout	IL VOIT:	Cochez si oui	IL ENTEND:	Cochez si oui
EN PARLANT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DES DEUX YEUX	<input type="checkbox"/>	DES DEUX OREILLES	<input type="checkbox"/>
PAR ÉCRIT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D'UN ŒIL	<input type="checkbox"/>	D'UNE OREILLE	<input type="checkbox"/>
PAR GESTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NE VOIT PAS	<input type="checkbox"/>	N'ENTEND PAS	<input type="checkbox"/>
AVEC LES YEUX	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PORTE DES LUNETTES	<input type="checkbox"/>	Porte un appareil auditif à :	
AVEC UN TABLEAU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OU DES LENTILLES	<input type="checkbox"/>	GAUCHE	<input type="checkbox"/>
AUTRE :						DROITE	<input type="checkbox"/>

3- SOMMEIL:

A-T-IL DES BESOINS LA NUIT ? Cochez si oui

DORT-T-IL TOUTE LA NUIT ?

FAIT-T-IL UNE SIESTE LE JOUR ?

SPÉCIFIEZ _____

COMBIEN D'HEURES ? _____ HRS

SI OUI, DE QUELLE DURÉE ? _____ HRS

4- VIE SOCIALE :

ACTIVITÉS QU'IL AIME FAIRE: _____

ENTRE-T-IL EN INTERACTION AVEC LES AUTRES ? OUI NON

SI NON, SPÉCIFIEZ : _____

A-T-IL DES COMPORTEMENTS PARTICULIERS ? OUI NON

SI OUI, SPÉCIFIEZ : _____

EST-T-IL CONSCIENT DU DANGER ? OUI NON

5- INCONTINENCE

LE VACANCIER EST-IL INCONTINENT ? Cochez si oui

PORTE-T-IL DES CULOTTES D'INCONTINENCE (COUCHES) JOUR ET NUIT JOUR NUIT

AVEZ-VOUS L'HABITUDE DE LE CHANGER LA NUIT ?

DOIT-ON LUI FAIRE PENSER D'ALLER À LA TOILETTE ?

6- ALIMENTATION

DIÈTE Cochez si oui

DIABÈTE

SI OUI, FOURNIR UNE COPIE DE LA DIÈTE _____

MANGE-T-IL EN : PURÉE ? OU HACHÉE

AVERSION ENVERS CERTAINS ALIMENTS ? SPÉCIFIEZ : _____

APPÉTIT : PEU BON BEAUCOUP

Signature _____

Date _____

Base de plein air Perce - Neige

Fiche Santé

NOM ET PRÉNOM DU VACANCIER : _____

1- TYPE DE DÉFICIENCE

ORIGINE DE LA DÉFICIENCE : _____

HANDICAP ASSOCIÉ

NON

OUI

SI OUI SPÉCIFIEZ : _____

2- NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

--	--	--

DATE D'EXPIRATION

--

3- MÉDECIN TRAITANT

NOM ET PRÉNOM DU MÉDECIN : _____

ADRESSE : _____

TÉLÉPHONE :

()

--

4- MÉDICATION

PREND-T-IL DES MÉDICAMENTS :

OUI

NON

SI OUI SPÉCIFIEZ :

NOM DU MÉDICAMENT	POSOLOGIE	HEURES	EFFETS SECONDAIRES

LE VACANCIER EST-IL AUTONOME DANS LA PRISE DE SES MÉDICAMENTS ?

OUI

NON

IMPORTANT : FAIRE PARVENIR AU CAMP LES MÉDICAMENTS DU VACANCIER DANS LEUR CONTENANT ORIGINAL AVEC PRESCRIPTION.

NOTEZ BIEN : NOUS NE DONNONS AUCUN MÉDICAMENT EN VENTE LIBRE SANS L'AUTORISATION DE LA PERSONNE RESPONSABLE DE L'INSCRIPTION DU VACANCIER

A-T-IL DES TRAITEMENTS ?

(CRÈME, PANSEMENTS,...)

OUI

NON

SPÉCIFIEZ : _____

J'autorise le personnel du camp à administrer en cas de besoin un ou plusieurs des médicaments ci-après décrits :

- Acétaminophène (Tylenol, Tempra, etc.)
- Anti-émétique (Gravol)
- Anti-histaminique qui agit entre autre contre les allergies (Bénadryl, Claritin, Allegra, Réactine, Phénergan, etc.)
- Sirops contre la toux (Bénylin, etc.)
- Acide acétylsalicylique (Aspirine)
- Anti-inflammatoires (Advil)
- Antibiotique en crème (polysporin, néosporin, baciguent, etc.)
- Autres : (ex.: crème solaire ou tout autre médicament qui accompagne l'enfant à la demande des parents).

Veuillez préciser : _____

Signature

Date

Base de plein air Perce - Neige

Fiche Santé (suite)

5- MALADIES

LE VACANCIER A-T-IL DÉJÀ EU ?

VARICELLE	<input type="checkbox"/>	OTITE
OREILLONS	<input type="checkbox"/>	ASTHME
RUBÉOLE	<input type="checkbox"/>	HÉPATITE
SCARLATINE	<input type="checkbox"/>	HÉMOPHILE
ÉPILEPSIE CONTRÔLÉE	<input type="checkbox"/>	MAL. DE LA PEAU
ÉPILEPSIE NON-CONTRÔLÉE	<input type="checkbox"/>	ROUGEOLE

Cochez si oui

<input type="checkbox"/>	COQUELUCHE
<input type="checkbox"/>	ROSÉOLE
<input type="checkbox"/>	POLIO
<input type="checkbox"/>	DIABÈTE
<input type="checkbox"/>	PROBLÈME CARDIAQUE
<input type="checkbox"/>	AUTRE : _____

<input type="checkbox"/>	FRACTURE	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	MÉNINGITE	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	HYPERTENSION	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	TUBERCULOSE	<input type="checkbox"/>

6- VACCINATION REÇUE

TÉTANOS	<input type="checkbox"/>
HÉPATITE B	<input type="checkbox"/>
TUBERCULOSE	<input type="checkbox"/>
DIPHTÉRIE	<input type="checkbox"/>

COCHEZ SI OUI ET INSCRIRE LA DATE

DATE DE LA VACCINATION :	_____
DATE DE LA VACCINATION :	_____
DATE DE LA VACCINATION :	_____
DATE DE LA VACCINATION :	_____

7- ALLERGIES:

COCHEZ SI OUI

MÉDICAMENTS	<input type="checkbox"/>
ALIMENTS	<input type="checkbox"/>
PIQÛRES D'INSECTES	<input type="checkbox"/>
AUTRE ALLERGIE	<input type="checkbox"/>

Ne pas donner Ativan et ses dérivés

SPÉCIFIEZ :	_____
SPÉCIFIEZ :	_____
SPÉCIFIEZ :	_____
SPÉCIFIEZ :	_____

DÉTIENT-IL UNE TROUSSE À INJECTION D'ÉPINÉPHRINE PRÉ-DOSÉE ? OUI NON

8- NOM ET NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DE DEUX PERSONNES À REJOINDRE EN CAS D'URGENCE

1- NOM ET PRÉNOM : _____ TÉLÉPHONE : (_____) _____ --

2- NOM ET PRÉNOM : _____ TÉLÉPHONE : (_____) _____ --

9-COMMENTAIRES SUPPLÉMENTAIRES :

Signature

Date