

ÉTÉ 2019



FICHE D'INSCRIPTION

1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR L'ENFANT

| | |
|---|----------------------------------|
| Nom de famille : | Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : |
| Prénom : | Niveau de scolarité complété : |
| Adresse : | Code postal : |
| Taille de t-shirt (encerclez) : Enfant : Petit – Moyen – Grand Adulte : Petit – Moyen – Grand | |

2. PARENTS OU TUTEUR

| | | | |
|--|---------|--------------------------------|---------|
| Nom du 1 ^{er} parent : | | Nom du 2 ^e parent : | |
| Adresse : | | Adresse : | |
| Téléphone : | (Rés.) | Téléphone : | (Rés.) |
| | (Bur.) | | (Bur.) |
| | (Cell.) | | (Cell.) |
| Courriel : | | Courriel : | |
| GARDE de l'enfant | | | |
| Deux parents <input type="checkbox"/> 1 ^{er} parent seulement <input type="checkbox"/> 2 ^e parent seulement <input type="checkbox"/> Garde partagée <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> | | | |
| Pour émission du relevé 24 | | | NAS : |
| Nom du parent payeur : | | | |

3. CHOIX DE SESSION (Cochez votre choix)

A. TEMPS PLEIN (n'inclut pas les sorties payantes)

| Cochez | Dates | Tarif Résidents | Tarif non-résidents |
|--------------------------|-------------------------|--------------------|------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 25 juin au 16 août 2019 | 260\$ | 325 \$ |

B. À LA SEMAINE (n'inclut pas les sorties payantes)

| Cochez | Dates | Tarif Résidents | Tarif non-résidents | Cochez | Dates | Tarif Résidents | Tarif non-résidents |
|--------------------------|-----------------------------|--------------------|------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------|------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1) 25 juin au 28 juin | 40 \$ | 48\$ | <input type="checkbox"/> | 5) 22 juillet au 26 juillet | 50 \$ | 60\$ |
| <input type="checkbox"/> | 2) 2 juillet au 5 juillet | 40 \$ | 48\$ | <input type="checkbox"/> | 6) 29 juillet au 2 août | 50 \$ | 60\$ |
| <input type="checkbox"/> | 3) 8 juillet au 12 juillet | 50 \$ | 60\$ | <input type="checkbox"/> | 7) 5 août au 9 août | 50 \$ | 60\$ |
| <input type="checkbox"/> | 4) 15 juillet au 19 juillet | 50 \$ | 60\$ | <input type="checkbox"/> | 8) 12 août au 16 août | 50 \$ | 60\$ |

C. À LA JOURNÉE (n'inclut pas les sorties payantes)

| Cochez | Dates auxquelles votre enfant fréquentera le camp de jour <i>Veillez prendre note que les dates ne peuvent pas être changées sans préavis</i> | Tarif Résidents |
|--------------------------|--|--------------------|
| <input type="checkbox"/> | | 15\$ / jour |

D. SEMAINE D'EXTENSION - Il n'y a aucun service de garde pendant la semaine d'extension (9h00 à 16h00 seulement).

| Cochez | Dates | Tarif Résidents | Tarif non-résidents |
|--------------------------|-----------------------|--------------------|------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 9) 19 août au 23 août | 50\$ | 60\$ |

NOUVEAUTÉ – Concentration NATATION Les cours auront lieu en matinée les 26 juin, 3, 8, 15, 22, 29 juillet et 5, 12 août.

Un cours de natation de la Croix Rouge par semaine pendant les 8 semaines de camp de jour.

| Cochez | Concentration natation | Tarif Résidents | Tarif Non-résidents |
|--------------------------|---------------------------|--------------------|------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 8 cours de la Croix Rouge | 55\$ | 65\$ |

Chandail

Le chandail (t-shirt) du camp de jour est obligatoire pour les sorties.

Le coût du chandail est de 10 \$ pour les enfants inscrits à temps partiel. Il est gratuit pour les enfants inscrits à temps plein.

Politique Loisir Résidents

Lorsque vous êtes résidents de la Ville de Saint-Gabriel ou de la Municipalité de Saint-Gabriel-de-Brandon, vous avez un rabais pour votre deuxième, troisième et quatrième enfant sur des inscriptions à temps plein.

Voici la politique pour des inscriptions TEMPS PLEIN:

1^{er} Enfant : Aucun Rabais **2^{ème} Enfant** : 50\$ de rabais **3^{ème} Enfant** : 100\$ de rabais **4^{ème} Enfant** : 150\$

4. CHOIX DE SORTIE

Les sorties «payantes» ne sont pas incluses avec l'inscription. Vous devrez ajouter le coût des sorties à votre coût d'inscription. *Voir la programmation complète du camp de jour à la fin du document.*

Veillez cocher les sorties auxquelles votre enfant participera.

| Cochez | Activité | Date | Lieu | Tarif |
|---------------------------------|-----------------------------|-----------------|----------------------|--|
| | Funtropolis | 2 juillet 2019 | Laval | Temps plein : 20\$ Temps partiel : 25\$ |
| | 45 degré nord | 9 juillet 2019 | Saint-Calixte | Temps plein : 25\$ Temps partiel : 30\$ |
| | Intercamps | 10 juillet 2019 | Saint-Didace | Gratuit |
| | Domaine sentinelle | 16 juillet 2019 | Saint-Félix | Temps plein : 15\$ Temps partiel : 20\$ |
| | Courant marin (canot/kayak) | 18 juillet 2019 | Saint-Gabriel | Gratuit |
| | Parc Bosco & cinéma | 23 juillet 2018 | Joliette | Temps plein : 15\$ Temps partiel : 20\$ |
| | Atelier de cirque | 30 juillet 2018 | CSCB | Gratuit |
| | Havre familial & Camping | 1 août 2019 | Saint-Béatrix & CSCB | Temps plein : 20\$ Temps partiel : 25\$ |
| | Clip N Climb | 6 août 2019 | Laval | Temps plein : 20\$ Temps partiel : 25\$ |
| | Science en folie | 8 août 2019 | CSCB | Gratuit |
| | Parc Atlantide | 13 août 2019 | Saint-Calixte | Temps plein : 20\$ Temps partiel : 25\$ |
| | Journée de pêche | 15 août 2019 | Plage Saint-Gabriel | Gratuit |
| TOTAL COÛT DES SORTIES : | | | | _____ \$ |

Veillez prendre note que le calendrier des sorties pourrait être modifié au cours de l'été avec un préavis d'une journée, aucun remboursement possible.

5. SERVICE DE GARDE

Votre enfant fréquentera-t-il le service de garde ? (25 juin au 16 août)

Le matin : Oui Non

Le soir : Oui Non

Tarifs pour service de garde :

Matin (7h00 à 9h00) → 2\$ par enfant
Soir (16h00 à 17h30) → 2\$ par enfant

Vous avez la possibilité d'acheter des «coupons de service de garde» au coût de 2\$ chacun. Si vous n'avez pas de coupon, vous devrez payer immédiatement le 2\$ à la personne responsable lors de cette journée.
Notez que les coupons ne sont pas remboursables.

Qui est autorisé à venir chercher votre enfant le soir (autre que l'un des deux parents)?*

Prénom :

Nom :

Lien avec l'enfant :

Mon enfant est **AUTORISÉ** à partir seul le soir.
Oui Non

* Veuillez noter que si ce n'est pas une personne autorisée qui vient chercher votre enfant, le personnel du service de garde ne sera pas autorisé à le laisser partir, peu importe le lien de parenté qui l'unie à cette personne. Pour autoriser qui que ce soit dont le nom n'est pas mentionné à la section 5 du présent formulaire à venir chercher votre enfant, vous devez transmettre au préalable un avis écrit précisant le nom de cette personne.

** **Veuillez prendre note qu'il est obligatoire de venir porter l'enfant à l'intérieur de l'établissement du camp de jour.**

6. PHOTOGRAPHIES

Votre enfant peut-il être photographié ? Oui Non

Si **OUI**, permettez-vous la publication dans les différents médias (journaux, web) si nécessaire et pour des fins promotionnelles uniquement. Oui Non

7. MODALITÉS DE PAIEMENT

Coût d'inscription : _____ \$ + Coût des sorties : _____ \$ + Chandail : _____ \$ = **Total** : _____ \$

Votre enfant sera inscrit officiellement sur réception du présent formulaire rempli, accompagné d'un premier versement (**50% des coûts totaux (inscription & sorties)**). Nous acceptons les chèques et l'argent comptant seulement. Les chèques doivent être faits à l'attention de Ville Saint-Gabriel. La Ville / Municipalité de Saint-Gabriel facturera des frais de 25 \$ pour tout chèque sans provision.

1^{er} Versement (50% des coûts totaux) : Lors de l'inscription

2^{ième} Versement (50% des coûts totaux) : AVANT LE VENDREDI 28 JUIN 2019

Nous devons respecter un ratio concernant le nombre de jeunes et le nombre d'animateurs. **Comme les places sont limitées, la règle du « premier arrivé, premier servi » prévaut. Il se pourrait donc que des inscriptions reçues après le 18 avril soient refusées.**

7. MODALITÉS DE REMBOURSEMENT

Les frais d'inscription au camp de jour seront remboursés en totalité moins des frais d'annulation de 25 \$ dans le cas d'une annulation plus d'une semaine avant le début du camp de jour. Les frais ne seront pas remboursés dans le cas d'une annulation à moins d'une semaine avant le début du camp de jour, ni pour les journées de camp manquées.

Dans le cas où l'enfant ne peut plus participer aux activités du camp de jour pour des raisons de santé (preuve médicale à l'appui), la Ville / Municipalité de Saint-Gabriel remboursera la totalité des frais d'inscription au prorata des journées de camp non utilisées, moins les frais d'annulation de 25\$. Toute demande de remboursement doit être faite par écrit à l'adresse courriel suivante : mfournier@cscb.org

Nom du parent ou tuteur

Signature du parent ou tuteur

Date de la signature

Veuillez retourner cette fiche accompagnée de la fiche santé de votre enfant ainsi que de votre paiement (50% des coûts totaux) à la réception du Centre sportif et culturel de Brandon.

FICHE SANTÉ

Fiche d'évaluation des besoins

S.V.P. remplir une fiche par enfant

Mon enfant est inscrit au camp de jour de Saint-Gabriel

Ces informations demeureront **confidentielles** et nous permettront de faire vivre à votre enfant une expérience de camp réussie! Seules les informations pertinentes seront divulguées à son animateur et son supérieur immédiat afin de permettre de meilleures interventions.

Complétez les sections qui sont applicables à votre enfant.

1. IDENTIFICATION DE L'ENFANT

| | | | |
|----------------------------|--|---------------------|--|
| Prénom : | | Sexe : | |
| Nom de famille : | | Date de naissance : | |
| Numéro assurance maladie : | | | |

2. RÉPONDANTS POUR L'ENFANT

1^{er} parent ou tuteur à rejoindre en cas d'urgence

2^e parent ou tuteur à rejoindre en cas d'urgence

| | | | |
|-----------|---------|-----------|---------|
| Nom : | | Nom : | |
| Téléphone | Rés. : | Téléphone | Rés. : |
| | Bur. : | | Bur. : |
| | Cell. : | | Cell. : |

Deux autres personnes à joindre en cas d'URGENCE :

| | |
|----------------------|----------------------|
| Prénom et nom : | Prénom et nom : |
| Lien avec l'enfant : | Lien avec l'enfant : |
| Téléphone (Rés.) : | Téléphone (Rés.) : |
| Téléphone (autre) : | Téléphone (autre) : |

3. AUTORISATION DES PARENTS

Si des modifications concernant l'état de santé de mon enfant survenaient avant le début ou pendant la période du camp de jour, je m'engage à transmettre cette information à la direction du camp de jour, qui fera le suivi approprié avec l'animateur de mon enfant.

En signant la présente, j'autorise les personnes désignées par le camp de jour de Saint-Gabriel à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Si la direction du camp de jour le juge nécessaire, je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire.

Je m'engage à collaborer avec la direction du Camp de jour de Saint-Gabriel et à venir la rencontrer si le comportement de mon enfant nuit au bon déroulement des activités.

Autorisation de communiquer des renseignements

1. Par la présente, j'autorise les responsables du Camp de jour à entrer en contact avec mon (mes) intervenant(e)s du CLSC ou des services de réadaptation du Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière pour les questions entourant la participation de mon enfant au camp de jour.

Oui Non Ne s'applique pas

Nom(s) des intervenant(e)s : _____

| | |
|---|---|
| Autorisation de communiquer des renseignements | <p>2. Par la présente, j'autorise les responsables du Camp de jour à entrer en contact avec le personnel de l'école (enseignant ou services complémentaires) pour les questions entourant la participation de mon enfant au camp de jour.</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne s'applique pas</p> <p>École : _____</p> <p>Noms des personnes à contacter : _____</p> |
|---|---|

Nom du parent ou tuteur (lettres moulées)

Date

Signature du parent ou tuteur

Veuillez prendre note que toutes les informations concernant l'état de santé de votre enfant demeureront confidentielles. Elles seront transmises uniquement à la direction et à son animateur ou à toutes autres personnes impliquées (intervenants ou partenaires autorisés) afin de permettre un meilleur encadrement ainsi qu'une intervention plus efficace en cas d'urgence.

4. DIAGNOSTIC ET BESOINS PARTICULIERS

Cochez ce qui est applicable :

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle | <input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Sévère Précisez : |
| <input type="checkbox"/> Trouble du spectre de l'autisme (TSA) | Précisez si anciennement, Asperger, TED-NS ou le niveau d'assistance (1-2-3) : |
| <input type="checkbox"/> Déficience motrice | Précisez : |
| <input type="checkbox"/> Déficience visuelle | Précisez : |
| <input type="checkbox"/> Déficience auditive | Précisez : |
| <input type="checkbox"/> Trouble langage-parole | <input type="checkbox"/> Expression <input type="checkbox"/> Compréhension <input type="checkbox"/> Mixte Précisez : |
| <input type="checkbox"/> Trouble déficitaire de l'attention (TDA/TDAH) | <input type="checkbox"/> Avec hyperactivité <input type="checkbox"/> Sans hyperactivité Précisez : |
| <input type="checkbox"/> Santé mentale | <input type="checkbox"/> Anxiété <input type="checkbox"/> Trouble de l'attachement <input type="checkbox"/> TOC <input type="checkbox"/> Dépression Autres, précisez : |
| <input type="checkbox"/> Trouble du comportement | <input type="checkbox"/> Opposition <input type="checkbox"/> Agressivité <input type="checkbox"/> Passivité Autres précisez : |
| <input type="checkbox"/> Diabète | Précisez : |
| <input type="checkbox"/> Épilepsie | Précisez : |
| <input type="checkbox"/> Autre(s) (Trisomie 21, etc.) | Précisez : |

5. ACCOMPAGNEMENT

| | |
|--|--|
| Votre enfant a-t-il besoin d'un accompagnateur ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Au meilleur de votre connaissance, quel est le ratio d'encadrement qui lui convient ? <input type="checkbox"/> 1/1 <input type="checkbox"/> 1/2 <input type="checkbox"/> 1/3 <input type="checkbox"/> Autre : _____ |
| Est-ce que l'enfant a un accompagnateur durant l'année à l'école ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | |
| Précisions : _____ | |

6. ALLERGIES, INTOLÉRANCES ET RESTRICTIONS ALIMENTAIRES

| | |
|---|--|
| Allergies et/ou intolérances? (alimentaires, animaux/insectes, médicaments, autres) Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Précisez : _____ _____ Signes ou symptômes à surveiller : _____ _____ | Précisez la sévérité : Intolérance <input type="checkbox"/> Allergie légère <input type="checkbox"/> Allergie sévère <input type="checkbox"/> Allergie mortelle <input type="checkbox"/> Allergie si ingestion seulement <input type="checkbox"/> Allergie au contact <input type="checkbox"/> |
| Auto-injecteur d'Épinéphrine (Épipen, Twinject ou autre) Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Personnes autorisées à l'administrer : L'enfant lui-même <input type="checkbox"/> Adulte responsable <input type="checkbox"/> |
| Restrictions alimentaires (autres que des allergies)? Précisez : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | |
| Comment mange-t-il? Facilement <input type="checkbox"/> Difficilement <input type="checkbox"/> Peu d'appétit <input type="checkbox"/> | |

7. 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.

Votre enfant doit-il prendre des médicaments au camp? Oui Non Si oui, veuillez compléter l'annexe : Autorisation de prise d'un médicament

Prend-t-il des médicaments durant l'année? Oui Non Si oui, lequel(s) : _____
 Prescrit(s) pour : _____

8. SITUATION DE SANTÉ

Cochez ce qui est applicable :

| Situation de santé | Précisions, actions à prendre, etc. |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Asthme | |
| <input type="checkbox"/> Constipation | |
| <input type="checkbox"/> Diarrhée | |
| <input type="checkbox"/> Eczéma | |
| <input type="checkbox"/> Insomnie | |
| <input type="checkbox"/> Mal des transports | |
| <input type="checkbox"/> Maux de têtes/migraines fréquents | |
| <input type="checkbox"/> Menstruations | |
| <input type="checkbox"/> Nausées fréquentes / Vomissements | |
| <input type="checkbox"/> Otites fréquentes | |
| <input type="checkbox"/> Pipi au lit | |
| <input type="checkbox"/> Problèmes cardiaques | |
| <input type="checkbox"/> Problèmes cutanés | |
| <input type="checkbox"/> Saignement de nez | |
| <input type="checkbox"/> Sinusites | |
| <input type="checkbox"/> Somnambulisme (marche dans son sommeil) | |
| A-t-il déjà eu les maladies suivantes? | |
| <input type="checkbox"/> Oreillons | <input type="checkbox"/> Scarlatine |
| <input type="checkbox"/> Rougeole | <input type="checkbox"/> autre (préciser) : |
| <input type="checkbox"/> Varicelle | |

| | |
|--|--|
| A-t-il déjà subi une intervention chirurgicale ou vécu une maladie grave? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Date : _____ Raison : _____ Résultats : _____ | |
| A-t-il déjà eu des blessures graves? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | |
| Maladies chroniques ou récurrentes? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | |
| Vaccins à jour? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Date du dernier vaccin DCT (Tétanos) : ____/____/____ |
| Vue : <input type="checkbox"/> Excellente <input type="checkbox"/> Suffisante <input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Lunettes / verres de contact <input type="checkbox"/> Cécité <input type="checkbox"/> Guide-accompagnateur/chien-guide <input type="checkbox"/> Canne blanche | Audition : <input type="checkbox"/> Excellente <input type="checkbox"/> Suffisante <input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Appareils auditifs (deux oreilles) <input type="checkbox"/> Oreille droite uniquement <input type="checkbox"/> Oreille gauche uniquement |

9. COMPORTEMENTS ET INTÉRÊTS

Doit-on porter attention à certains comportements? Cochez ceux qui sont applicables :

| | | |
|--|---|--|
| A-t-il tendance à faire des crises? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Si oui, quels sont les signes précurseurs (agitation, isolement, etc.)? | Quelles sont les interventions efficaces à utiliser durant ces crises? |
| A-t-il des phobies et/ou peurs? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Si oui lesquelles et comment intervenir à ce sujet ? (ex : animaux, eau, vertige, etc.) | |
| A-t-il des particularités sensorielles ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Si oui lesquelles et comment intervenir à ce sujet ? | |
| A-t-il de la difficulté à exprimer ses besoins, ses sentiments, à demander de l'aide ou à amorcer une conversation? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, comment votre enfant s'exprime-t-il (pointer, mains animées, pictogrammes) ? _____ Quel est le meilleur moyen pour communiquer avec votre enfant (verbalement, pictogrammes, horaire, mains animées) : _____ | S'adapte-t-il facilement aux changements, à de nouvelles personnes, activités ou expériences? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Précisions : _____ _____ _____ _____ | |
| Comportement | Dans quels contextes ces comportements ont-ils tendance à surgir? | De quelle façon suggérez-vous d'intervenir ? (Ignorer, humour, rediriger, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Agressivité envers lui-même | | |
| <input type="checkbox"/> Agressivité envers les autres | | |
| <input type="checkbox"/> Anxiété | | |
| <input type="checkbox"/> Automutilation | | |
| <input type="checkbox"/> Fugues | | |

| Comportement | Dans quels contextes ces comportements ont-ils tendance à survenir? | De quelle façon suggérez-vous d'intervenir ? (Ignorer, humour, rediriger, etc.) |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Habitudes ou manies particulières (Acceptées ou non) | | |
| <input type="checkbox"/> Autres (précisez) | | |
| Quels sont ses centres d'intérêts, passe-temps et loisirs? | | |
| Quels sont les meilleurs moyens de l'encourager/le motiver? | | |
| Relation avec les autres - Comment interagit-il avec : | | |
| Ses pairs | | |
| Les détenteurs d'autorité | | |
| Les nouvelles personnes | | |

Autres informations à propos de votre enfant dont vous aimeriez nous faire part? (ex. changements importants récents dans la vie de famille, préoccupations particulières, etc.) _____

Autres renseignements nous permettant de mettre en place des services ou des mesures facilitant une meilleure participation de l'enfant (ex. : horaire imagé, pauses, périodes de repos etc.) : _____

10. CAPACITÉS AQUATIQUES

| | |
|--|--|
| Autonomie dans l'eau : <input type="checkbox"/> Nage seul <input type="checkbox"/> Nage seul avec une veste de flottaison individuelle | <input type="checkbox"/> Ne sait pas nager <input type="checkbox"/> Doit porter des bouchons * Si l'enfant est épileptique, discutez avec le camp du port du VFI |
| A-t-il suivi un cours de natation? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Dernier niveau de natation complété : |

| 11. DEGRÉ D'AUTONOMIE | | Aide constante | Aide occasionnelle | Supervision verbale | Autonome |
|--|---|---|--------------------|---------------------|----------|
| Communication | Communication avec les autres | | | | |
| | Compréhension des consignes | | | | |
| | Se faire comprendre | | | | |
| | Aides à la communication utilisés : <input type="checkbox"/> Pictogrammes <input type="checkbox"/> Tableau <input type="checkbox"/> Ordinateur <input type="checkbox"/> Langue des signes du Québec (LSQ) <input type="checkbox"/> Gestes <input type="checkbox"/> Mains animés | | | | |
| Participation aux activités | Stimulation à la participation | | | | |
| | Interaction avec les adultes | | | | |
| | Interaction avec les autres enfants | | | | |
| | Fonctionnement en groupe | | | | |
| | Activité de motricité fine (bricolage, manipulations, insertions, etc.) | | | | |
| | Activité de motricité globale (sports, jeux psychomoteurs, ballon, etc.) | | | | |
| Vie quotidienne | Habillement (ex. : se vêtir, attacher ses souliers) | | | | |
| | Hygiène personnelle | | | | |
| | Précisez (cathéter, couches, etc.): | | | | |
| | Alimentation | | | | |
| | Gérer ses effets personnels (ex. : boîte à lunch, sac à dos, etc.) | | | | |
| | Rester avec le groupe | | | | |
| | Éviter les situations dangereuses (a-t-il conscience du danger ?) | | | | |
| Déplacements | Courts déplacements / au camp (précisez le niveau d'autonomie) <input type="checkbox"/> Autonome (marche) | | | | |
| | Si besoin d'équipement pour les déplacements : | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Fauteuil manuel | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Fauteuil motorisé | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Poussette adaptée | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Canne(s) / béquilles | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Déambulateur | | | | |
| | En sortie / longues distances ? <input type="checkbox"/> identique <input type="checkbox"/> différend (précisez) : | | | | |
| Méthode de transfert : <input type="checkbox"/> Avec le soutien de deux personnes <input type="checkbox"/> Utilise un lève-personne <input type="checkbox"/> Pivote pour transfert (debout avec support) <input type="checkbox"/> Transfert au même niveau <input type="checkbox"/> Autre (décrivez) : _____ | | Autres : <input type="checkbox"/> Orthèses tibiales <input type="checkbox"/> Orthèses poignets <input type="checkbox"/> Corset <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____ _____ _____ | | | |

Initiale du parent confirmant la lecture : _____



CALENDRIER CAMP DE JOUR ST-GABRIEL

ÉTÉ 2019

| | | 25 juin | 26 juin | 27 juin | 28 juin |
|-----------------------------------|--------------------------------|--|--------------------------|---|--|
| SEM 1 25/06 au 28/06 | FERMÉ | BIENVENUE! Olympiades | Natation AM Animation | Animation | Thématique : Hawaïenne |
| | 1 juillet | 2 juillet | 3 juillet | 4 juillet | 5 juillet |
| SEM 2 01/07 au 05/07 | FERMÉ | Funtropolis Laval Temps Plein : 20\$ Temps partiel: 25\$ | Natation AM Animation | Animation | Thématique : Cabane à sucre |
| | 8 juillet | 9 juillet | 10 juillet | 11 juillet | 12 juillet |
| SEM 3 08/07 au 12/07 | Natation AM Piscine PM | 45 degré nord Temps plein : 25\$ Temps partiel : 30\$ | Intercamps | Animation | Thématique : Halloween |
| | 15 juillet | 16 juillet | 17 juillet | 18 juillet | 19 juillet |
| SEM 4 15/07 au 19/07 | Natation AM Piscine PM | Domaine sentinelle Temps plein : 15\$ Temps partiel : 20\$ | Animation | Courant Marin Canot / Kayak | Thématique : Pirates |
| | 22 juillet | 23 juillet | 24 juillet | 25 juillet | 26 juillet |
| SEM 5 22/07 au 26/07 | Natation AM Piscine PM | Parc Bosco & cinéma Temps plein : 15\$ Temps partiel : 20\$ | Animation | Animation | Thématique : Sports |
| | 29 juillet | 30 Juillet | 31 juillet | 1 août | 2 août |
| SEM 6 29/07 au 02/08 | Natation AM Piscine PM | Atelier de cirque | Thématique : Couleurs | Havre familial & camping au CSCB Temps plein : 20\$ Temps partiel : 25\$ | Camping Le Camp de jour ferme à midi |
| | 5 août | 6 août | 7 août | 8 août | 9 août |
| SEM 7 05/08 au 09/08 | Natation AM Piscine PM | Clip'N Climb Temps plein : 20\$ Temps partiel:25\$ | Animation | Science en folie | Thématique : Noël des campeurs |
| | 12 août | 13 août | 14 août | 15 août | 16 août |
| SEM 8 12/08 au 16/08 | Natation AM Piscine PM | Parc Atlantide Temps plein : 20\$ Temps partiel: 25\$ | Animation | Journée de pêche | Thématique : Bal de promotion |
| Extension | 19 août | 20 août | 21 août | 22 août | 23 août |
| SEM 9 19/08 au 23/08 | Extension Piscine PM | Animation | Animation | Animation | Animation |