



*55, rue Dupras, local 511
LaSalle QC H8R 4A8
Tél.: 514-367-3757
Fax: 514-367-0444*

Corporation
L'espoir

Formulaire d'inscription :

Fin de
semaine de
Répit

Au 2015 rue Holy Cross

Formulaire
d'inscription

DANS VOTRE ENVOI, NOUS DEVONS RETROUVER

- ✓ Le formulaire d'inscription rempli avec une photo du participant.
- ✓ Votre renouvellement de carte de membre au montant de 25\$ payable par chèque, s'il y a lieu.
- ✓ Votre paiement d'inscription au répit de 280\$/semaine payable par un seul chèque au nom de Corporation L'Espoir. Merci d'identifier le nom du membre sur le chèque.

Postez le formulaire d'inscription dûment rempli à l'adresse suivante :

Corporation L'Espoir / Répit fin de semaine

55, rue Dupras, local 511

LaSalle, Québec, H8R 4A8

VEUILLEZ PRENDRE CONNAISSANCE DES INFORMATIONS SUIVANTES ET GARDEZ LA COPIE POUR RÉFÉRENCE

TRANSPORT :

Le transport doit être assuré par les parents ou par le transport adapté (arrivée pour 18h00 le vendredi, départ pour 16h00 le dimanche).

POLITIQUE DE REMBOURSEMENT :

Un remboursement complet sera fait jusqu'à deux semaines avant la fin de semaine de répit. Passé cette date, un montant de 50% vous sera remis en cas d'annulation. Aucun remboursement ne sera fait votre enfant demeure à la maison pour une gastro ou de la fièvre, ou si il doit quitter plus tôt.

ALLERGIES: Aucune collation n'est permise sur place (venant de l'extérieur). La nourriture est abondante au répit. Pour toute exception, veuillez communiquer au préalable avec la coordination au 438-888-1628.

MODIFICATION D'INSCRIPTION :

Une modification d'inscription doit être faite 2 semaines à l'avance. Nous ne pouvons vous assurer de répondre à votre demande.

COMMUNICATIONS:

Si vous avez besoin de clarifications ou d'information concernant le répit veuillez contacter la coordonatrice, Mahogany Six au **438-888-1628**.

Pour toutes questions relatives au paiement ou aux inscriptions veuillez contacter Martine Rainville au 514-367-5614.

POLITIQUE DE RETARD:

À compter de 16h30 le dimanche chaque tranche de 5 minutes sera facturée au coût de 5,00\$.

AUTORISATION DE DÉPART:

Pour assurer une meilleure gestion des déplacements des participants, vous êtes priés de fournir une autorisation de départ seul si personne ne vient chercher le participant. Aucune personne ne pourra quitter seule le répit sans cette autorisation. Notez que nous ne sommes pas responsables des déplacements des participants en dehors des heures de la fin de semaine de répit.

COMPORTEMENT AGRESSIF:

Tout comportement agressif, après évaluation des coordonnateurs, peut être sanctionné par une suspension ou expulsion. Nous nous réservons également le droit de restreindre l'accessibilité au service en fonction de la situation. Toute sanction, mesure disciplinaire ou expulsion sera traitée selon la situation en collaboration avec la famille, la direction et l'équipe d'intervenants concernés.

PERSONNE À CONTACTER :

Une personne doit être disponible en tout temps durant la fin de semaine (parent ou personne désignée à l'avance) pour venir chercher l'enfant en cas d'urgence. Il est de votre devoir de vous assurer de la disponibilité de la personne et de nous transmettre ses coordonnées.

PROCÉDURE D'AVERTISSEMENT:

- Un premier avertissement verbal est fait au participant et annoté au dossier. Une entente entre le moniteur et le participant est effectuée et le parent /responsable est avisé.
- Un deuxième avertissement se fait par écrit en relatant l'événement et est porté au dossier. Une mise en garde est faite aux parents/responsables mentionnant le risque de suspension sans remboursement.
- Au troisième avertissement écrit, avec l'autorisation de la direction, le participant est expulsé pour la fin de semaine en cours. Le parent est tenu de venir chercher son enfant
- Au quatrième avertissement, avec l'autorisation de la direction, le participant sera expulsé jusqu'à une réévaluation de la condition de celui-ci avec documents à l'appui fournis par un professeur, un éducateur ou un professionnel.

MALADIE CONTAGIEUSE :

Pour des raisons de sécurité et pour assurer le bien-être de tous, la coordination se donne le droit de retourner un participant lors de comportements intolérables, agressivité face aux autres personnes et maladie contagieuse (gastro, fièvre) à la maison.

Nous vous remercions de votre contribution au bon fonctionnement de notre répit de fin de semaine et comptons sur votre habituelle collaboration.

Merci de votre confiance ! L'équipe du répit.

INFORMATION SUR LE PARTICIPANT Répits 2017

Nom du participant: _____

Adresse: _____

Ville: _____ **Code Postal:** _____

Téléphones parents :

Tel. Domicile: _____ **Nom :** _____

Tel. Travail: _____ **Nom :** _____

Tel. Cellulaire _____ **Nom :** _____

Autre personne en cas d'urgence : (Obligatoire)

Téléphone d'Urgence: _____ **Nom :** _____

Date de naissance: _____ **Âge:** _____

Ass. maladie: _____ **Expiration: Mois** _____ **Année** _____

C.I.U.S.S.S _____

Travailleur social: _____ **Tél.:** _____

poste: _____

Éducateur : _____ **Tél.:** _____

poste: _____

Dans quel milieu le participant vit-il ?

- Famille naturelle • Foyer de groupe • Famille d'adoption • Résidence (R.I.) •
- Famille d'accueil • Appartement supervisé •
- Autre _____

Situation	OUI	NON	Commentaires
SOCIAL			
Quelle langue parle-t-il? (français-anglais-espagnol...)			
Est-il capable de comprendre des consignes? (simple ou complexe)			
Communique-t-il avec ses pairs?			
Joue-t-il avec ses pairs?			
Partage-t-il les jeux avec les autres?			
A-t-il des problèmes de comportement ? (hyperactivité, crise, fugue, agressivité)			
Connaît-il le danger ? Le reconnaît t'il ?			
Comment réagit-il en cas de refus ?			
A-t-il des peurs particulières ?			
A-t-il des comportements sexuels dérangeant ? Si oui, lesquels et à quelle fréquence ?			
Que fait t'il quand on lui refuse quelque chose ? Précisez comment on peut le caler.			
Commentaires Aspect Social :			

Au mieux de votre connaissance, quelles raisons pourraient expliquer ses crises, s'il y a lieu ?

Raisons possibles	Son comportement	Votre intervention

Situation	OUI	NON	Commentaires
AUTONOMIE			
A-t-il besoin d'aide pour s'habiller?			
Reconnait-il ses effets personnels ?			
Est-il capable de demander de l'aide ?			
Commentaires Aspect AUTONOMIE			

Situation	OUI	NON	Commentaires
HYGIENE			
Est-il incontinent (porte-t-il des couches, pull-up...) ? Si oui, durant la journée ? La nuit ? Précisez.			
A-t-il besoin d'aide à la toilette? Si oui, quel type d'assistance?			
A-t-elle ses menstruations? Si oui, a-t-elle besoin d'aide pour son hygiène?			
Met-il des choses à la bouche ?			
Préfère-t-il uniquement des bains ou des douches ? Si oui, précisez			
Prend-il seule sa douche / Bain ?			
A-t-il besoin d'assistance ? Si oui, quel type ? Et quelle fréquence ?			
Doit-on lui laver les cheveux ? Si oui, a quelle fréquence ?			
Commentaires Aspect HYGIENE			

Situation	OUI	NON	Commentaires
MEDICAMENTS			
Le participant prend t'il des médicaments ?			
Prend t-il ses médicaments seul ? Méthode de prise : (le participant le prend seul avec un verre d'eau ? ou avec de l'aide dans de la nourriture?) Précisez.			
Commentaires Aspect MEDICAMENTS			

*****ATTENTION, LE SYSTÈME DISPILL EST MAINTENANT OBLIGATOIRE*****

Nom du Participant: _____

Le participant prend-t-il des médicaments ? OUI NON

Si oui, précisez : _____

Nom du Médecin: _____

Nom de la Pharmacie: _____

TOUS LES MÉDICAMENTS DEVRONT ÊTRE REMIS A LA COORDINATION

**Si le répit doit être facturé (à la Curatelle, CIUSSS, Centre de réadaptation),
Veuillez remplir les informations suivantes :**

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT: _____

NOM DU RESPONSABLE DU DOSSIER: _____

ADRESSE: _____

TÉLÉPHONE: _____ FAX : _____

Pour la sécurité de tous dans le cadre de notre répit, nous voulons vous mentionner **qu'il est obligatoire de nous informer de toute médication** que le participant s'est vu prescrire qu'elle soit auto-administrée ou non.

Il est obligatoire que le membre ait en sa possession sa médication sous forme de dispill. Le dispill sera remis au responsable en vue de l'administrer au participant. Le but de cette procédure est de s'assurer que nous détenons toute l'information pertinente à transmettre aux corps médicaux advenant une urgence.

Veuillez indiquer également la fréquence à laquelle la médication doit être prise.

N'oubliez pas de signer l'autorisation si ce n'est pas déjà fait.

Vous devez également nous avertir de tout changement dans l'état de santé de votre enfant.

Merci de votre collaboration

L'équipe de la Corporation l'espoir

NOM DU MÉDICAMENT	POSOLOGIE (nombre de comprimés à donner) Notez l'heure si besoin			
	MATIN	DINER	SOUPER	COUCHER

Option 1

DÉSISTEMENT DE RESPONSABILITÉS

OBJET: ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS

Je, soussigné(e) (nom du parent ou responsable légal)

autorise les coordonnateurs du répit 2017-2018 à administrer le médicament tel qu'indiqué dans les instructions ci-jointes à

(nom du participant) _____

De plus, je dégage les responsables ainsi que la Corporation L'Espoir de toute responsabilité concernant les conséquences de l'administration des médicaments mentionnés dans la fiche d'inscription du participant à la fréquence et à la dose indiquées.

Date

Signature du parent ou responsable

Option 2

DÉSISTEMENT DE RESPONSABILITÉS

OBJET : AUTO-ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS

La Corporation L'Espoir a établi une politique concernant les médicaments des personnes qui fréquentent le programme de camp de jour. Tous les médicaments seront mis sous clé et seront conservés par les responsables, et ce jusqu'à ce que le médicament soit administré.

Si vous désirez que votre enfant conserve avec lui ses doses de médicament chaque jour, veuillez signer cette feuille afin que le personnel du camp de jour ne soit pas tenu responsable de ce choix. Notez que nous ne sommes pas responsables des pertes ou vol de médicaments.

Je désire que (Nom du participant) _____ garde ses médicaments avec lui à chaque jour et qu'il les prenne seul, sans supervision des responsables.

Date

Signature du parent ou responsable

Situation	OUI	NON	Commentaires
REPAS NOURRITURE			
A-t-il besoin d'aide pour manger et boire?			
A-t-il des allergies ? Intolérances ? Si oui lesquelles ?			IMPORTANT
A-t-il un régime alimentaire particulier ? (végétarien, sans porc ...)			
Va-t-il manger la nourriture qu'il voit dans son champ de vision, en dehors des repas ou la nuit ?			
Au moment des repas, va-t-il chiper de la nourriture dans l'assiette de son voisin de table ?			
Mange t-il très lentement ou rapidement ? Si oui, précisez.			
Commentaires Aspect REPAS NOURRITURE			

Situation	OUI	NON	Commentaires
COUCHER			
A quelle heure se couche-t-il normalement ?			
Y a-t-il un rituel particulier du coucher ?			
Pour les enfants / jeunes : dort t'il avec un doudou ?			
S'endort-il facilement ?			
S'il ne s'endort pas facilement, qu'est ce qui l'aide ?			
Commentaires Aspect COUCHER			

Situation	OUI	NON	Commentaires
NUIT			
A-t-il l'habitude de se réveiller dans la nuit ? Pour aller aux toilettes ? Si oui, a-t-il besoin d'assistance ?			
A-t-il peur du noir ? Si oui, veut-il de la lumière ?			
Veut-il dormir la porte fermée ?			
A-t-il une routine de coucher ? Si oui, laquelle ?			
Ronfle t il ? (apnée du sommeil, ou des bruits durant la nuit) ?			

Peut-il dormir dans une chambre avec un autre participant (du même sexe obligatoirement) ?			
Si le participant dort seul, est il nécessaire qu'un intervenant dorme dans la chambre avec lui ?			
Porte t-il des protections (couches) la nuit ? Si oui faut il la changer pendant la nuit ?			
Commentaires Aspect NUIT			

Situation	OUI	NON	Commentaires
LEVER			
A quelle heure se réveille-t-il en général les fins de semaine ?			
A t'il une routine particulière ?			
Se réveille-t-il tout seul ? Si non, à quelle heure faut il le réveiller ?			
Commentaires Aspect LEVER			

Situation	OUI	NON	Commentaires
ACTIVITES INTERIEURES			
A-t-il certaines restrictions par rapport à des activités ?			
Peut-il utiliser des feutres et crayons de couleurs ?			
Peut-il utiliser un ciseau ?			
Peut-il écouter un film ?			
Quelles sont ses activités préférées ?			
Commentaires Aspect ACTIVITES INTERIEURES			

Situation	OUI	NON	Commentaires
ACTIVITES EXTERIEURES			
Joue-t-il au parc? Si oui, précisez ce qu'il aime			
Peut-il sortir et marcher dans la rue ? Si oui, combien de temps maximum avant d'être fatigué ou de vouloir rentrer ?			
Aime-t-il se balancer? Si oui, a-t-il besoin d'aide?			
Sait-il nager? Si non, a-t-il besoin d'une veste de flottaison?			

A-t-il certaines restrictions par rapport à des activités ?			
A-t-il une carte VATL (Vignette d'accompagnement touristique et de loisir) ?			
Quelles sont ses activités préférées ?			
Commentaires Aspect ACTIVITES EXTERIEURES			

Situation	OUI	NON	Commentaires
HABILETE MOTRICE			
Reste-t-il assis pendant 5 minutes ? Ou plus ? Précisez.			
Y a-t-il des mouvements qui lui sont impossibles ? Si oui lesquels ?			
A-t-il besoin d'aide pour monter / descendre des escaliers ?			
Commentaires Aspect HABILITE MOTRICE			

Situation	OUI	NON	Commentaires
TRANSPORT			
Fait-il ses trajets seul ?			
A-t-il une carte Opus ?			
Des tickets ?			
Un transport adapté ? Si oui numéro du dossier (obligatoire) :			
Heure d'arrivée du participant prévue du participant ? (a partir du vendredi 18h)			
Le participant sera-t-il conduit par un parent ou un ami pour aller au répit ? Si oui, précisez nom et numéro de téléphone de la personne.			
Commentaires Aspect TRANSPORT			

AUTORISATIONS CRÈME SOLAIRE

Je, soussigné(e) (nom du parent ou responsable légal)

autorise les intervenants du répit 2017-2018 à appliquer de la crème solaire advenant le cas où le participant n'a pas sa crème solaire tel qu'indiqué dans les instructions ci-jointes à

(nom du participant)

De plus, je dégage les personnes susmentionnées ainsi que la Corporation L'Espoir de toute responsabilité concernant les conséquences de l'application de la crème solaire afin d'éviter les coups de soleil.

Advenant le refus de signer la présente autorisation, nous nous réservons le droit de retourner le participant à la maison ou encore de refuser sa participation à une activité et/ou sortie extérieure.

Date

Signature du parent ou responsable

AUTORISATION DE SORTIES RÉPIT 2017

J'autorise (nom du participant au répit)

à participer à toutes les sorties que le répit de L'Espoir organisera durant les fin de semaines où le participant fréquentera le répit. Si pour une raison quelconque je ne veux pas qu'il aille à une sortie planifiée sur l'horaire j'en informerai le répit le plus tôt possible et le garderai à la maison.

Signature du parent ou de la personne responsable du participant

Activités culinaires 2017-2018

La présente est pour vous aviser que nous avons des activités culinaires dans la programmation de notre répit 2017-2018.

Afin de nous assurer de la sécurité de nos participants, nous vous demandons de nous indiquer s'il y a des contraintes alimentaires telles que des allergies ou intolérances.

Si vous avez des restrictions, veuillez-nous le mentionner, par téléphone au 438-888-1628 ou par un mot écrit avec signature.

La signature de cette feuille atteste votre autorisation à l'activité.

Vous devez également nous avertir de tout changement dans l'état de santé de la personne au courant de l'année.

Nom du participant : _____

Signature du participant, du parent ou du responsable légal.

RESPECT DES POLITIQUES 2017

Je comprends les politiques suivantes :

- Transports
- Remboursements
- Retards
- Avertissements

Je déclare que toute l'information sur le participant est véridique et exacte.
J'ai pris connaissance des politiques et je m'engage à les respecter.

Signature:

Date:

Voulez-vous recevoir un relevé 24 (frais de garde pour enfant) en janvier 2018 pour vos impôts de l'année 2018 ?

NOM: _____

ADRESSE: _____

NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE: _____

Si vous remplissez cette section veuillez noter qu'aucun autre reçu ne sera émis.