



**CORPORATION L'ESPOIR**

55, rue Dupras, local 511

LaSalle QC H8R 4A8

Tél.: 514-367-3757

Fax: 514-367-0444

**FIN DE SEMAINE PLEIN AIR AVRIL**



On fait beaucoup de rencontre dans une journée et nous avons l'occasion de parler sur différents sujets. Il est parfois difficile de communiquer avec nos pairs et c'est pour cette raison que le thème de la fin de semaine sera : **communiquer pour bien se comprendre**. Nous parlerons des éléments importants à mettre en place pour bien communiquer avec les autres.

Plusieurs activités seront au rendez-vous dans une ambiance dynamique et conviviale.

Nous avons bien hâte de vous y voir!

Patrick Bélanger  
Coordonnateur des programmes

Courriel : [info@corporationespoir.org](mailto:info@corporationespoir.org)



**CORPORATION L'ESPOIR**

55, rue Dupras, local 511

LaSalle QC H8R 4A8

Tél.: 514-367-3757

Fax: 514-367-0444

Le 9 janvier 2017

Bonjour à vous qui attendez patiemment une belle fin de semaine à la Base de plein air du Centre Normand-Léveillé à Drummondville pour vous amuser et en profiter pleinement.

**Nous vous offrons une fin de semaine plein air du 28 avril au 30 avril 2017.**

**FIN DE SEMAINE PLEIN AIR DU 28 AVRIL AU 30 AVRIL 2017 :**

- **Le paiement doit être daté à partir du 1<sup>er</sup> avril 2017 (à cause de notre année fiscale).**
- **Les inscriptions pour les personnes vivant en ressource seront traitées seulement à partir du 1<sup>er</sup> avril 2017.**
- **Faites parvenir le formulaire le plus tôt possible avec le paiement (premier arrivé, premier inscrit, places limitées).**
- **Nous ne sommes pas responsables des objets perdus ou volés à la fin de semaine.**  
ex : cellulaire, iPod, PSP, iPhone, etc.
- **Votre demande d'inscription ne constitue pas une acceptation automatique et finale.**
- **La date limite pour les inscriptions pour le séjour est le 14 avril 2017.**

**NOUVEAU PARTICIPANT**

Tout nouveau membre désirant participer à la fin de semaine plein air doit au préalable avoir été évalué par un responsable dans le cadre de nos activités régulières.

**RATIO 1/1**

Nous désirons vous informer que 3 places sont disponibles pour des personnes avec un besoin d'encadrement particulier (1/1) établi en fonction de la capacité de la personne à participer à l'ensemble des activités récréatives du séjour et à son autonomie à accomplir les tâches quotidiennes (manger, s'habiller, hygiène personnelle, déplacements, comportements etc). Il est obligatoire de communiquer avec nous à ce sujet et après étude du formulaire d'inscription, nous vous aviserons si le ratio et le séjour sont adaptés aux besoins de la personne.

**COÛT**

Le coût de cette fin de semaine est de **175\$** et 32 places sont disponibles.

**TRANSPORT :**

Le transport doit être assuré par les parents au moment du départ et au retour.

**POLITIQUE DE REMBOURSEMENT :**

70 % du montant sera remis avec un billet médical. Aucun remboursement ne sera fait si votre enfant demeure à la maison pour une gastro ou de la fièvre.

**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.

Courriel : [info@corporationespoir.org](mailto:info@corporationespoir.org)





## **CORPORATION L'ESPOIR**

55, rue Dupras, local 511

LaSalle QC H8R 4A8

Tél.: 514-367-3757

Fax: 514-367-0444

### **COMMUNICATIONS:**

Pour la période du séjour, soit du 28 avril au 30 avril 2017, vous pouvez appeler au 514-839-3911.

### **POLITIQUE DE RETARD :**

**Veillez noter que nous nous réservons le droit de quitter le lieu de départ après 30 minutes d'attente maximum.**

### **ÉVALUATION DE RISQUE :**

Une évaluation de risque est effectuée à chaque séjour afin de s'assurer de la sécurité de la personne, du personnel et du groupe. Cette évaluation est basée sur les incidents durant le séjour. Advenant que la personne présente un trop grand risque, la suspension de l'activité problématique sera faite jusqu'à une rencontre avec les responsables, la direction et, possiblement, le Conseil d'administration (si jugé nécessaire par la direction). La direction est disposée à revoir le cas si les responsables du membre signalent un changement de la condition du membre durant l'année suivante avec les documents à l'appui d'un professeur, éducateur, professionnel.

### **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.

### **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 une journée complète (exception la fin de semaine plein air). Le parent est tenu de venir chercher son enfant à la base de plein air.
- ⇒ 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, les coordonnateurs se donnent le droit de retourner à la maison un participant lors de comportements intolérables, agressivité face aux autres personnes et maladie contagieuse (gastro, fièvre).**



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

Réception du document

Date : \_\_\_\_\_

Heure : \_\_\_\_\_

**FORMULAIRE D'INSCRIPTION FIN DE SEMAINE PLEIN AIR 2017**

**Fin de semaine du 28 avril au 30 avril 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 : \_\_\_\_\_

Ass. maladie : \_\_\_\_\_ Expiration : Mois \_\_\_\_\_ Année \_\_\_\_\_

Le participant est-il épileptique ? oui  non

A-t-il des allergies? Si oui lesquelles ? \_\_\_\_\_

Informations à connaître (comportement, alimentation, hygiène, etc.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Doit-on laver les cheveux du participant oui  non

**Voulez-vous recevoir un relevé 24 (frais de garde pour enfant) en janvier 2018 pour vos impôts de l'année 2017?**

**NOM:** \_\_\_\_\_

**ADRESSE:** \_\_\_\_\_

**NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE:** \_\_\_\_\_

**Aucun reçu ne sera émis si cette case est remplie**

Mode de paiement : Chèque \_\_\_\_\_ Argent comptant \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Signature du participant, de la mère, du père ou du tuteur*

Courriel : [info@corporationespoir.org](mailto:info@corporationespoir.org)





**CORPORATION L'ESPOIR**

55, rue Dupras, local 511

LaSalle QC H8R 4A8

Tél.: 514-367-3757

Fax: 514-367-0444

Bonjour à tous !

Suite à de nouvelles procédures entreprises dans le cadre des séjours, nous voulons vous mentionner qu'il est dorénavant obligatoire de nous informer de toute médication que votre enfant s'est vu prescrire, qu'elle soit auto-administrée ou non.

Le but de cette procédure est de s'assurer que nous détenons toute l'information pertinente à transmettre aux corps médicaux advenant une urgence.

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

**Aucun participant ne sera accepté sans une médication sous forme de dispill.**

Le dispill est un système de distribution de médicament que vous pouvez obtenir auprès de votre pharmacien. Ce service est offert gratuitement par le pharmacien.

N'oubliez pas de signer l'autorisation d'administration de médicaments ou non-administration de médicaments

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

Merci de votre collaboration

Patrick Bélanger  
Coordonnateur des loisirs

Courriel : [info@corporationespoir.org](mailto:info@corporationespoir.org)



**CORPORATION L'ESPOIR**

55, rue Dupras, local 511

LaSalle QC H8R 4A8

Tél.: 514-367-3757

Fax: 514-367-0444

**FORMULAIRE DE MÉDICAMENTS 2017**

**\*\*\*ATTENTION, LE SYSTÈME DISPILL (DOSETTE) EST MAINTENANT OBLIGATOIRE\*\*\***

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

Si Oui, Précisez :

Nom du Participant : \_\_\_\_\_

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

Nom du Médecin: \_\_\_\_\_

Nom de la Pharmacie: \_\_\_\_\_

COMMENTAIRES:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Parent ou responsable

Courriel : [info@corporationespoir.org](mailto:info@corporationespoir.org)





**CORPORATION L'ESPOIR**

55, rue Dupras, local 511

LaSalle QC H8R 4A8

Tél.: 514-367-3757

Fax: 514-367-0444

**FIN DE SEMAINE PLEIN AIR AVRIL 2017**  
**Autorisation pour l'application de crème solaire**

Je, soussigné(e) \_\_\_\_\_ autorise les  
(nom du parent ou responsable légal)

moniteurs de la fin de semaine plein air  
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



**CORPORATION L'ESPOIR**

55, rue Dupras, local 511

LaSalle QC H8R 4A8

Tél.: 514-367-3757

Fax: 514-367-0444

**Veillez remplir SEULEMENT la section qui correspond à votre situation**

**Option 1**

**FIN DE SEMAINE PLEIN AIR AVRIL 2017**  
**DÉSISTEMENT DE RESPONSABILITÉS**

OBJET: ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS

Je, soussigné(e) \_\_\_\_\_ autorise le  
(nom du parent ou responsable légal)  
responsable de la fin de semaine plein air  
à administrer le médicament tel qu'indiqué dans les instructions  
ci-jointes à \_\_\_\_\_  
(nom du participant)

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

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature du parent ou responsable

**Option 2**

**FIN DE SEMAINE PLEIN AIR AVRIL 2017**  
**DÉSISTEMENT DE RESPONSABILITÉS**

OBJET : AUTO-ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS

La Corporation L'Espoir a établi une politique  
concernant les médicaments des personnes qui fréquentent la fin de semaine plein air.

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

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

\_\_\_\_\_  
Date

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





**CORPORATION L'ESPOIR**

55, rue Dupras, local 511

LaSalle QC H8R 4A8

Tél.: 514-367-3757

Fax: 514-367-0444

**LISTE D'EFFETS PERSONNELS POUR AVRIL 2017**

- 1 paire de bons souliers de marche
- 3 paires de pantalons
- 2 chemises et chandails chauds
- 1 manteau chaud
- 3 sous-vêtements
- 4 paires de bas chauds
- 1 pyjama et pantoufles
- **1 débarbouillette et serviette**
- 1 savon, shampooing et déodorant
- 1 brosse à dents et dentifrice
- peigne ou brosse
- bouchon pour oreille
- serviettes sanitaires (selon le besoin)
- **1 sac de couchage**
- 1 taie d'oreiller
- 1 sac de plastique pour linge sale
- Crème Solaire

**FACULTATIF:**

- Rasoir
- Appareil-photo
- Livres, cassettes de musique, jeux de cartes, etc.
- Papiers-mouchoirs

**Tous les médicaments devront être remis au responsable avant le départ.** Tous les effets personnels devront être **identifiés** au nom du participant.