



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 D'OCTOBRE



L'art est une activité qui nous permet d'exprimer un sentiment ou une idée. Il est un bon moyen pour se détendre et relaxer. L'utilisation de l'art comporte de nombreux bénéfices lorsqu'il est utilisé dans nos vies. C'est pour cette raison que nous allons explorer l'art durant notre séjour au Centre Normand-Léveillé.

Plusieurs activités seront offertes dans une ambiance énergique et conviviale.

Nous avons bien hâte de vous y voir!

Patrick Bélanger
Responsable des loisirs

Courriel : info@corporationespoir.org



CORPORATION L'ESPOIR

55, rue Dupras, local 511

LaSalle QC H8R 4A8

Tél.: 514-367-3757

Fax: 514-367-0444

Juin 2017

Bonjour,

La présente a pour but de vous inviter à la fin de semaine plein air d'octobre, remplie de couleurs, qui aura lieu au Centre Normand-Léveillé à Drummondville.

Au Centre Normand-Léveillé, nous disposerons de plusieurs chalets et de plusieurs installations adaptées pour nos membres. À l'horaire pour la fin de semaine: promenade, sports, badminton, feu de joie, danse, etc. Du plaisir pour toute la fin de semaine ! C'est à ne pas manquer!

Le départ se fera le vendredi 29 septembre à 18h30 au Tremplin, situé au 2027 Lapierre à LaSalle. Le retour se fera également au Tremplin à **15h00** le dimanche 1 octobre. Il est à noter que le participant doit avoir mangé avant de partir le vendredi.

FIN DE SEMAINE PLEIN AIR du 29 septembre au 1 octobre 2017 :

- **Les inscriptions pour les personnes vivant en ressources seront traitées seulement à partir du 5 septembre 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 pendant la fin de semaine plein air. 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 16 septembre 2017.**

Votre paiement et la fiche dûment remplie confirmeront votre réservation.

Le coût de cette fin de semaine est de **180\$** 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.



CORPORATION L'ESPOIR

55, rue Dupras, local 511

LaSalle QC H8R 4A8

Tél.: 514-367-3757

Fax: 514-367-0444

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:

Pour la période du séjour, soit du 29 septembre au 1 octobre 2017, vous pouvez appeler le responsable au 514-839-3911.

POLITIQUE DE RETARD :

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

COMPORTEMENT AGRESSIF:

Tout comportement agressif, après évaluation des coordonnateurs, peut être sanctionné par une suspension ou expulsion. Nous nous réservons 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 un participant lors de comportements intolérables, agressivité face aux autres personnes et maladie contagieuse (gastro, fièvre) à la maison.



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 29 septembre au 1 octobre 2017

Nom du participant : _____

Date naissance : jour _____ mois _____ année _____ âge : _____

Numéro de téléphone : _____

Numéro de téléphone d'urgence : _____

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? Aucun reçu ne sera émis si cette case n'est pas remplie.

NOM: _____

ADRESSE: _____

NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE: _____

Mode de paiement : Chèque _____ Argent comptant _____

Signature du participant, de la mère, du père ou du tuteur



CORPORATION L'ESPOIR

55, rue Dupras, local 511

LaSalle QC H8R 4A8

Tél.: 514-367-3757

Fax: 514-367-0444

Bonjour à tous !

Nous voulons vous mentionner qu'il est **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
Responsable des loisirs



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 OBLIGATOIRE*****

Nom du Participant : _____

Le participant prend t-il des médicaments ? OUI

NON

Si Oui, Précisez :

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





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 octobre 2017
Autorisation pour l'application de crème solaire

J'autorise les moniteurs de la FDSPA du mois d'octobre 2017 à appliquer de la crème solaire advenant le cas où _____ n'a pas sa crème solaire tel
Nom du participant
qu'indiqué dans les instructions ci-jointes.

De plus, je dégage les personnes susmentionnées ainsi que la Corporation L'Espoir de toute responsabilité concernant les conséquences de l'application de 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

****Choisir et signer UNE des autorisations suivantes****

OPTION 1

FIN DE SEMAINE PLEIN AIR OCTOBRE 2017
DÉSISTEMENT DE RESPONSABILITÉS
OBJET: ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS

J'autorise le responsable de la FDSPA 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 à la fréquence et à la dose indiquées.

Date

Signature du parent ou responsable

OPTION 2

FIN DE SEMAINE PLEIN AIR OCTOBRE 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 FDSPA. 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 vols de médicaments.

Je désire que _____ garde ses médicaments avec lui à
Nom du participant
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 OCTOBRE 2017

- 1 paire de bons souliers de marche
- 3 paires de pantalons
- 2 chemises ou chandails chauds
- 1 manteau chaud
- 3 sous-vêtements
- 4 paires de bas chauds
- 1 pyjama et pantoufles
- **1 débarbouillette**
- **1 serviette**
- 1 savon
- 1 shampooing
- 1 désodorisant
- 1 brosse à dents et dentifrice
- 1 peigne ou brosse
- Bouchons pour oreille
- Serviettes hygiéniques (au 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.**

***** Nous ne sommes pas responsables des objets perdus ou volés.**