

**CAMP RICHELIEU DE SAINT-HYACINTHE INC.
FORMULAIRE D'INSCRIPTION – ÉTÉ 2025**

Nom du campeur : _____ Âge : _____

Type de déficience intellectuelle ? **Selon un ratio de 1 pour 4**

DI légère ____ DI moyenne ____ TSA ____ T21 ____ Autre : _____

Pour réserver un des 6 séjours de 6 jours chacun, vous devez identifier un 1^{er} et un 2^e choix :

SÉJOURS 2025

Premier choix :

Deuxième choix :

sem 1 / sem 2

séjour 1 du 22 au 27 juin

séjour 2 du 29 juin au 4 juillet

séjour 3 du 6 au 11 juillet

séjour 4 du 13 au 18 juillet

séjour 5 du 20 au 25 juillet

séjour 6 du 27 juill. au 1^{er} août

sem 1 / sem 2

séjour 1 du 22 au 27 juin

séjour 2 du 29 juin au 4 juillet

séjour 3 du 6 au 11 juillet

séjour 4 du 13 au 18 juillet

séjour 5 du 20 au 25 juillet

séjour 6 du 27 juill. au 1^{er} août

Faites parvenir le formulaire dûment complété, avec photo du(de la) campeur(euse) avant le 1^{er} avril 2025, avec toutes les signatures aux endroits requis, à :

MADAME ÉVELYNE CARON, ADMINISTRATRICE

293 Dupré, Beloeil, J3G 3K4 - Téléphone : 450-502-2109

Arrivée : le dimanche entre 13 h et 16 h, avec carte d'assurance maladie obligatoire.

Départ : le vendredi, entre 13 h et 16 h.

Note : l'acceptation est conditionnelle à la conformité des renseignements fournis dans ce formulaire. D'autres documents peuvent être exigés pour étude du dossier.

La date de réception des formulaires est prioritaire pour confirmer les choix.

Les confirmations de séjours seront transmises après étude des dossiers.

COÛTS DES SÉJOURS - ÉTÉ 2025 :

Ratio 1 pour 4 :

Clientèle à faibles revenus : 560 \$ pour 6 jours

Autres clientèles : 760 \$ pour 6 jours

Frais de séjour à payer : _____ \$ à l'arrivée du campeur, le dimanche, soit par chèque au nom de Camp Richelieu de St-Hyacinthe, ou en argent.

IMPORTANT : pour un campeur qui nécessite davantage de soins et d'aide, le dossier devra être étudié selon les disponibilités de personnel et le prix sera en conséquence

Nom du campeur : _____

2.

PAR QUI SERONT PAYÉS LES FRAIS DE SÉJOUR :

SOIT PAR :

Campeur

Parent : Nom : _____ Tél. : _____

Adresse : _____

Signature : _____

Famille d'accueil : Nom : _____ Tél. : _____

Adresse : _____

Signature du(de la) répondant(e) : _____

CRDI

Curateur public

AUTORISATIONS ET ENGAGEMENTS :

Cochez l'une, l'autre ou toutes les cases :

Pendant le séjour, je m'engage à venir chercher mon(ma) campeur(euse) si les responsables constatent une situation problématique de santé ou de comportement : oui non

J'autorise les responsables à photographier mon(ma) campeur(euse) pour les fins exclusives de promotion du camp sans que son nom et ses coordonnées ne soient publiés : oui non

Signature du parent ou du répondant :

Nom en lettres moulées : _____

Nom du campeur : _____

3.

DÉCLARATION DE REVENUS 2024

Pour profiter du tarif « faibles revenus », les campeurs doivent remplir la section ci-dessous et joindre une des pièces justificatives listées plus bas. Pour les personnes de 18 ans et plus il faut considérer seulement leurs revenus personnels.

Si le revenu familial est supérieur aux montants indiqués dans la grille, ou si les frais de séjour sont payés par le CRDI ou la Curatelle publique, vous n'avez pas à compléter la section ci-dessous.

SECTION À COMPLÉTER

Nombre de personnes que compte la famille	Seuil de faible revenu (avant impôt)	Cocher la case qui correspond à votre situation
1 personne	Jusqu'à 27 549 \$	
2 personnes	Jusqu'à 38 960 \$	
3 personnes	Jusqu'à 47 716 \$	
4 personnes	Jusqu'à 55 098 \$	
5 personnes	Jusqu'à 61 601 \$	
6 personnes	Jusqu'à 67 481 \$	
7 personnes	Jusqu'à 72 888 \$	

Pour les campeurs à faibles revenus, joindre la copie de l'une des pièces justificatives suivantes :

- Avis de cotisation (T-451) délivré par l'Agence du revenu du Canada;
- Avis de cotisation (TPF-98) délivré par le ministère des Finances du Québec;
- Avis sur le crédit d'impôt remboursable pour le soutien aux enfants du Régime de rentes du Québec;
- Carnet de réclamation accordé à un adulte ou à une famille prestataire de l'aide financière de dernier recours du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale.

Si le campeur est référé par le CRDI ou par la CURATELLE PUBLIQUE, cochez la case appropriée et aucun des documents listés plus haut n'est nécessaire :

- CRDI
- CURATELLE PUBLIQUE

Notez que les informations transmises serviront uniquement à répondre aux exigences du Ministère de l'Éducation du Québec et resteront confidentielles.

Nom du campeur : _____

4.

01. Le campeur a-t-il déjà fréquenté le Camp Richelieu? Oui Non

02. Lieu de résidence

avec sa famille naturelle dans une famille d'accueil

Dans une ressource intermédiaire : _____

Nom et adresse du foyer où le campeur demeure **ACTUELLEMENT**:

Nom _____ Tél. : _____

Adresse : _____

Courriel _____

03. Nom du travailleur social ou éducateur, s'il y a lieu

_____ Tél. : _____

Adresse : _____

No. de dossier : _____

IMPORTANT :

Personnes à contacter autres que le parent ou le répondant en cas d'urgence :

Nom : _____ **Tél. :** _____

Nom : _____ **Tél. :** _____

04. Occupation actuelle du campeur : _____

05. Événements importants qui ont marqué sa vie (décès, changement de famille, etc..) :

Nom du campeur : _____

5.

Fiche médicale

Nom du campeur : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Lieu de naissance : _____

Nom du père : _____ Tél. : _____

Nom de la mère : _____ Tél. : _____

Nom du médecin traitant : _____ Tél. : _____

Nom du pharmacien : _____ Tél. : _____

À COMPLÉTER RIGOREUSEMENT :

Problèmes de santé connus :

Diabète ____ type 1 ____ type 2 ____ Insuline ____ Pilule ____

Épilepsie ____ Dyspraxie ____ Troubles de mobilité ____

Autres problèmes _____

Allergies : épi-pen ____ Allerjet ____ Emerade ____ ou antihistaminiques prescrits ____

Hépatite B : a fait la maladie ____ a reçu les 3 doses de vaccins ____

Covid 19 : a fait la maladie au cours de la dernière année ____ a reçu au moins 3 doses ____

*Avec la présente fiche médicale, j'autorise les responsables du Camp Richelieu de St-Hyacinthe à administrer les médicaments prescrits selon la posologie recommandée et déjà **préparés par la pharmacie, dans une dosette**. Et je reconnais avoir remis au Camp Richelieu la dosette DISPILL et les médicaments suivants : _____*

*et je dégage l'administration de toute responsabilité dans le cas de blessures, maladies ou dommages pouvant être occasionnés à la suite de l'administration ou de la non-administration d'un médicament fourni. **AUCUN MÉDICAMENT NON PRESCRIT PAR UN MÉDECIN OU PHARMACIEN NE POURRA ÊTRE DONNÉ AU CAMPEUR***

En cas d'urgence, j'autorise les responsables du camp à agir en conséquence.

Aussi, je m'engage à aviser les responsables de toute modification dans la médication de mon(ma) campeur(euse).

Signature obligatoire du parent ou répondant

Nom en lettres moulées :

Nom du campeur : _____

6.

HABITUDES PARTICULIÈRES

1) **ALIMENTATION** : appétit normal ____ peu d'appétit ____

S'alimente de façon autonome ____ avec aide ____ avec stimulation ____

Préparation de la nourriture : molle ____ en purée ____ en morceaux ____

Particularités _____

2) **MOBILITÉ** : autonome, circule sans aide ____ avec marchette ____ canne ____

Perte d'équilibre ____ besoin d'orthèse ____

Particularités _____

3) **SOMMEIL** : bon ____ s'éveille souvent ____ insomnie ____ agitation ____

Cauchemar ____ errance ____ CPAP ____

Particularités _____

4) **HYGIÈNE PERSONNELLE** : autonome ____ aide partielle ____ aide totale ____

Préfère douche ____ préfère bain ____ fréquence : chaque jour ____ aux 2 jours ____

Fait sa barbe seul ____ avec aide ____ / Lave ses dents seul ____ avec aide ____

Besoin de banc (transfert dans le bain) ____

Particularités _____

5) **HABILLEMENT** : autonome ____ aide partielle ____ aide totale ____

6) **APPAREILS AUDITIFS** ____ **LUNETTES** ____ **ORTHÈSES** ____

7) **ÉLIMINATION** : va à la toilette seul ____ avec aide ____

S'essuie seul ____ avec aide ____ / Incontinence urinaire ____ fécale ____

Culotte d'incontinence jour ____ nuit ____

Diarrhée occasionnelle ____ fréquente ____ / Stomie ____

Particularités : _____

Nom du campeur : _____

7.

8) COMMUNICATION : communique bien ses besoins _____

Élocution difficile _____ a besoin de stimulation avec pictogrammes ou mains animées _____

Est triste _____ pleure souvent _____ s'isole _____

Est agressif _____ désorienté _____ est souvent agité _____

Particularités : _____

9) ACTIVITÉS :

Activités que le campeur **AIME** particulièrement

Camping _____ bricolage _____ marche _____ feux de camp _____

Jeux d'eau _____ sports _____ musique _____ spectacles _____

Activités que le campeur **N'AIME PAS** particulièrement

Camping _____ bricolage _____ marche _____ feux de camp _____

Jeux d'eau _____ sports _____ musique _____ spectacles _____

Particularités : _____

10) SÉCURITÉ : risque de chute _____ / Met des objets dans sa bouche ou ailleurs _____

A le droit de fumer la cigarette _____ la vapoteuse _____

Particularités : _____

Page suivante...

Nom du campeur : _____

8.

Vêtements et effets à apporter lors du séjour
Tous les effets doivent être identifiés

S.V.P. remplir cette liste et la placer dans la valise pour aider les moniteurs et monitrices
L'administration du camp **ne se rend pas responsable des objets perdus ou oubliés.**

DESCRIPTION	NOMBRE
Paires de bas – au moins 6	
Petites culottes – au moins 7	
Soutien-gorge	
Gilets à manches longues	
Gilets à manches courtes	
Shorts	
Pantalons longs	
Jaquette ou pyjama	
Sarreau ou vieille chemise	
Imperméable	
Maillot de bain	
Sandales de plage	
Espadrilles	
Débarbouillettes	
Serviettes et serviette de plage	
Dentifrice	
Brosse à dents	
Peigne	
Crème solaire	
Shampoing	
Rasoir électrique (obligatoire)	

- Prévoir des vêtements et articles de toilette pour 6 jours.
- Identifier les articles du campeur et en glisser une liste dans la valise.
- Lors du départ, vous êtes priés de vérifier le contenu de la valise.