

INSCRIPTION CAMP DE JOUR - ÉTÉ 2019

13 – 21 ANS

Emplacement : 250, rue Hubert, Beloeil (Québec) J3G 2S9

Nom du participant : _____



FICHE À RETOURNER AVEC VOS CHOIX ET VOTRE PAIEMENT DATE LIMITE AVANT LE 15 MAI 2019

Veillez cocher les choix de semaine /jour

X	Votre choix de semaine		LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	Sorties du vendredi (À titre informatif)
	Sem 1	25 juin au 28 juin	FERMÉ*	Piscine	Lac du repos	Activités	Sortie	Atelier de percussion
	Sem 2	2 juillet au 5 juillet	FERMÉ*	Piscine	Lac du repos	Activités	Sortie	Parc des Salines
	Sem 3	8 juillet au 12 juillet	Activités	Piscine	Lac du repos	Activités	Sortie	Aqua Parc
	Sem 4	15 juillet au 19 juillet	Activités	Piscine	Lac du repos	Activités	Sortie	Montagne St-Hilaire
	Sem 5	22 juillet au 26 juillet	Activités	Piscine	Lac du repos	Activités	Sortie	Quilles et mini-put avec une crème glacée
	Sem 6	29 juillet au 2 août	Activités	Piscine	Lac du repos	Activités	Sortie	Éducazoo
	Sem 7	5 août au 9 août	Activités	Piscine	Lac du repos	Activités	Spécial	Buffet

T-shirt + Chapeau de l'AVRDI/TSA <i>Veillez cocher la grandeur</i>	\$25.00 <i>/l'ensemble</i>	PETIT :	MOYEN :	GRAND :
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Paiement par chèque au nom de : AVRDI

			TOTAL
Nombre de semaines complètes		120,00\$/semaine	
Nombre de semaines de 3 jours		110,00\$/semaine	
Chandail & chapeau*		25,00\$/ensemble	
Paiement à joindre à l'inscription :			

* Si vous possédez déjà un chandail et un chapeau, l'achat est optionnel.

* Congé le lundi 24 juin et lundi 1er juillet.

Possibilité de service de gardiennage selon la demande

Le participant aura besoin du service de gardiennage : Oui Non

Quelles sont les heures nécessaires : _____

Pour valider votre inscription, vous devez remplir tous les documents

Pour votre information...

Le coût du camp de jour est de 120,00 \$ par semaine ou 110,00 \$ pour 3 jours

Afin de mieux gérer les dépenses et les besoins, nous avons fixé le prix à la semaine ou pour 3 jours. *Il n'y a pas de tarif à la journée. Si vous n'envisagez pas d'envoyer votre enfant une journée, il est important pour nous que vous nous avisez tout de même de son absence au (438) 399-8644. Cette confirmation nous permettra de planifier en conséquence les activités, les sorties, ainsi que de prévoir le personnel nécessaire.*

Paiement et formulaire d'inscription

Veillez nous faire parvenir le paiement et le formulaire d'inscription à l'attention de : Hélène Desroches, adjointe à la direction de l'AVRDI/TSA par la poste ou en personne au 625, rue Lechasseur, Belœil (Québec) J3G 2L3.

Le paiement complet doit être remis avant le début du camp, soit avant **le 25 juin**. Dans le cas contraire, veuillez-nous en aviser.

Aucun remboursement ne sera possible sans raison valable.

Transport adapté

Si vous résidez dans la région de la Vallée du Richelieu, vous pouvez faire une demande pour le transport adapté. Vous trouverez le formulaire et des informations au <https://rtm.quebec/fr/service-clientele#ta>, à l'onglet transport adapté de la Vallée du Richelieu. Si vous avez besoin des informations supplémentaires, n'hésitez pas à communiquer à l'AVRDI/TSA au numéro de téléphone (450) 467-8644.

Horaire du camp de jour de l'AVRDI/TSA

- Début : 9 h
- Fin du camp : 15 h 30

Lieu du camp : 250 rue Hubert, Belœil, J3G 2S9

Nom du responsable du camp de jour 2019 : Camille Côté (438) 399-8644

Si vous avez d'autres questions, n'hésitez pas à communiquer avec Joanie Cloutier, coordonnatrice des loisirs de l'AVRDI/TSA, au (450) 467-8644 poste 112.

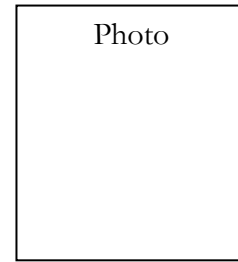
FICHE D'INFORMATION DU PARTICIPANT - CAMP DE JOUR			
NOM DU PARTICIPANT	DATE DE NAISSANCE J/M/A	ÂGE	
ADRESSE COMPLÈTE			
ASSURANCE MALADIE			
COURRIEL 1ER RESPONSABLE			
NOM 1ER RESPONSABLE		LIEN :	
TÉLÉPHONE	DOMICILE:	CELL :	
NOM 2E RESPONSABLE		LIEN :	
TÉLÉPHONE	DOMICILE:	CELL :	
AUTRE NOM RESPONSABLE			
SAIT-IL NAGER			
ALLERGIE(S), ÉPIPEN EN SA POSSESSION?			
PRISE DE MÉDICAMENTS, SPÉCIFIEZ * APPORTER SEULEMENT LA DOSE NÉCESSAIRE POUR LA JOURNÉE			
DÉJÀ MEMBRE DE L'AVRDI, S'IL Y A EU DES CHANGEMENTS DANS LE DOSSIER MÉDICAL DE VOTRE ENFANT, ÉCRIVEZ-LES AU VERSO DU FORMULAIRE S.V.P.			
AUTORISATION – PHOTOS J'autorise que des photos de mon enfant soient prises lors d'activités et affichées sur le site de l'AVRDI			
SIGNATURE DU PARENT OU RESPONSABLE:			
AUTORISATION – TRANSPORT J'autorise un membre de l'équipe de travail de l'AVRDI/TSA à effectuer le transport de mon enfant avec son véhicule personnel dans le cadre d'une activité organisée par l'organisme.			
SIGNATURE DU PARENT OU RESPONSABLE:			

AUTORISATION DE COMMUNIQUER AVEC SES ÉDUCATEURS		
J'autorise la responsable du camp de jour de l'AVRDI à communiquer avec les intervenants de mon enfant, afin d'obtenir des informations personnelles sur celui-ci dans le cadre de son inscription.		
NOM:	ÉTABLISSEMENT:	TELL.:
NOM:	ÉTABLISSEMENT:	TELL.:
SIGNATURE DU PARENT OU RESPONSABLE:		DATE:

Pour un nouveau membre, joindre le formulaire ci-après à l'inscription.



625, rue Lechasseur, Beloeil QC J3G 2L3
450 467.8644 | avrdi@videotron.ca | avrdi.org



Renseignements sur le membre

Prénom: _____

Nom de famille: _____

Demeure chez : Milieu naturel Famille d'accueil Appartement supervisé
Autre Spécifiez: _____

Adresse: _____

Ville: _____

Code postal: _____

Date naissance: _____

Numéro d'assurance-maladie: _____

Numéro dossier solidarité sociale pour remboursement transport adapté: _____

Nom du répondant pour les reçus d'impôt: _____

Numéro d'assurance sociale du répondant: _____

1er Responsable: _____

Lien: _____

Téléphone: _____

Cellulaire: _____

Courriel: _____

2e Responsable: _____

Lien: _____

Téléphone: _____

Cellulaire: _____

Courriel: _____

Nom éducateur/TS: _____

Téléphone: _____

Besoin d'assistance pour besoins personnels:

Précisez: _____

Besoin d'assistance pour hygiène:

Précisez : _____

Diagnostic:

Schizophrénie	<input type="checkbox"/>	Hyperactivité	<input type="checkbox"/>	Déficit attention	<input type="checkbox"/>
Bipolarité	<input type="checkbox"/>	Emphysème	<input type="checkbox"/>		
Déficiance intellectuelle	<input type="checkbox"/>	Précisez:	_____		
Déficiance physique	<input type="checkbox"/>	Précisez:	_____		
TED (autisme)	<input type="checkbox"/>	Précisez:	_____		
Diabète	<input type="checkbox"/>	Précisez:	_____		
Asthme	<input type="checkbox"/>	Pompe en sa possession?	<input type="checkbox"/>		
Trouble obsessionnel	<input type="checkbox"/>	Précisez:	-		
Trouble anxieux	<input type="checkbox"/>	Précisez:	-		
Épilepsie	<input type="checkbox"/>	Précisez:	-		
Trouble langage	<input type="checkbox"/>	Précisez:	-		
Autre	<input type="checkbox"/>	Précisez:	-		

Mobilité:

Seul	<input type="checkbox"/>	Avec assistance	<input type="checkbox"/>	Avec appareil	<input type="checkbox"/>
------	--------------------------	-----------------	--------------------------	---------------	--------------------------

Allergies/ intolérances:

Epipen en sa possession?	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Symptômes :

Diète spéciale (contre-indication):

Peut boire café:

Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------	-----	--------------------------

Peut boire thé:

Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------	-----	--------------------------

Médication:

Seul	<input type="checkbox"/>	Avec assistance	<input type="checkbox"/>
------	--------------------------	-----------------	--------------------------

Heure prise de médicament:

Nom de la pharmacie:

Téléphone:

Trouble de comportement:

Autorisation relative au transport

Par la présente, j'autorise un membre de l'équipe de travail de l'AVRDI/TSA à effectuer le transport de mon enfant avec son véhicule personnel dans le cadre d'une activité organisée par l'organisme.

Signature de la personne responsable ou le curateur

Date : _____

Autorisation relative à l'utilisation de photographies

Par la présente, j'autorise l'AVRDI/TSA à photographier, à fixer, à reproduire et à utiliser l'image de mon enfant prise dans le cadre de nos activités à des fins de publication pour notre organisme.

Signature de la personne responsable ou le curateur

Date : _____

Autorisation relative à la divulgation d'information entre intervenants, familles d'accueil et professeurs

Par la présente, j'autorise les intervenants de l'AVRDI/TSA à communiquer avec tous les intervenants de mon enfant pour connaître ses informations personnelles.

Signature de la personne responsable ou le curateur

Date : _____

Accord sur les mesures mises en place par l'AVRDI/TSA

L'AVRDI/TSA est un organisme désireux d'offrir des services adaptés aux besoins des membres et leur famille et d'offrir des activités de qualité pour divertir. Toutefois, nous avons certaines limites et il est de notre devoir de vous en informer.

Nous sommes soucieux de l'importance accordée à la sécurité et devons respecter les normes sur le nombre d'animateurs pour le nombre de membres présents lors de nos activités de divertissement (pour les vendredis soir et les samedis, de septembre à juin inclus). Nous maintenons normalement le ratio d'un (1) animateur pour dix (10) membres lors des activités régulières du vendredi et samedi. Pour le camp de jour pour les ados, le ratio est de 1 animateur pour 4 adolescents. Cependant, nous demandons que le membre soit minimalement autonome, s'adapte bien en groupe et ne présente aucun problème pouvant nuire à sa sécurité ainsi qu'à celle des autres participants. Nous pouvons effectuer une surveillance accrue et faire certaines interventions mineures. Toutefois, il n'est pas de notre mandat d'intervenir en cas de crise majeure ou de désorganisation.

En cas d'intervention majeure, la consigne est de communiquer avec la personne responsable du membre concerné, et ensuite contacter les services d'urgences (s'il y a lieu). Vous devez vous assurer que l'on peut **joindre facilement les personnes responsables sur votre liste d'urgence en tout temps**. Nous voulons accueillir tout le monde. Néanmoins, nous ne pouvons pas offrir un service individuel. Alors, nous nous réservons le droit de demander qu'un membre soit accompagné au besoin. Si votre enfant ou votre personne à charge présente des signes de désorganisation, de fatigue ou de maladie, nous vous suggérons de le garder à la maison préférablement afin d'éviter de l'exposer à un environnement turbulent. Nous voulons éviter les risques d'une situation de crise pour les autres participants. Il pourra évidemment revenir à nos activités dans un moment plus opportun.

Nous vous remercions de votre compréhension et votre collaboration.

J'ai pris connaissance de ce document et de son contenu. En signant ce document, j'accepte toutes les conditions et les mesures mises en place par l'AVRDI/TSA et je m'engage à les respecter.

Par la présente, j'autorise les intervenants de l'AVRDI/TSA à communiquer avec tous les intervenants de mon enfant pour obtenir toutes ses informations personnelles.

Signature de la personne responsable ou le curateur

Date : _____