

INSCRIPTION CAMP DE JOUR - ÉTÉ 2020

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 1^{er} JUIN 2020

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	22 juin au 26 juin	Activités	Piscine	FERMÉ*	Activités	Sortie	BFly Brossard
	Sem 2	29 juin au 3 juillet	Activités	Piscine	FERMÉ*	Activités	Sortie	Quilles/mini-putt/Crème glacée Ste-Julie
	Sem 3	6 juillet au 10 juillet	Activités	Piscine	Lac du repos	Activités	Sortie	Atelier Éducazoo par Éducazoo
	Sem 4	13 juillet au 17 juillet	Activités	Piscine	Lac du repos	Activités	Sortie	Ateliers Percussions par Saya Percussions
	Sem 5	20 juillet au 24 juillet	Activités	Piscine	Lac du repos	Activités	Sortie	Expo-Agricole de St-Hyacinthe
	Sem 6	27 juillet au 31 juillet	Activités	Piscine	Lac du repos	Activités	Sortie	Aquaparc Rouville
	Sem 7	3 août au 7 août	Activités	Piscine	Lac du repos	Activités	Spécial	Buffet

T-shirt + Chapeau de l'AVRDI/TSA <i>Veillez cocher la grandeur</i>	\$30.00 <i>/l'ensemble</i>	PETIT :	MOYEN :	GRAND :
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Paiement par chèque au nom de : AVRDI

		TOTAL
Nombre de semaines complètes	130,00\$/semaine	
Nombre de semaines de 3 jours	115,00\$/semaine	
Chandail & chapeau*	30,00\$/ensemble	
Paiement à joindre à l'inscription :		

* L'achat du chandail et du chapeau de l'AVRDI est obligatoire cette année, car la couleur a été modifiée.

* Congé le mercredi 24 juin et mercredi 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 : _____

Attention : une inscription tardive pourrait se voir refusée

Pour votre information...

Le coût du camp de jour est de 130,00 \$ par semaine ou 115,00 \$ 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 envisagez de ne pas envoyer votre enfant une journée, il est important pour nous que vous nous avisiez 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/finances 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 22 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 2020 : Simon Blain (438) 399-8644

Si vous avez d'autres questions, n'hésitez pas à communiquer avec Shelby Donais, 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/TSA			
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:



AVRDI/TSA
ASSOCIATION DE LA VALLÉE DU RICHELIEU POUR
LA DÉFICIENCE INTELLECTUELLE/
TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME

POUR UN NOUVEAU MEMBRE, REMPLIR CE FORMULAIRE

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

Photo

Renseignements sur le membre

Prénom: _____

Nom de famille: _____

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

Numéro d'usager au transport : _____ EXO Autre : _____
RTL

Information légale : Sans curatelle ou tuteur Curatelle privée Nom/Lien : _____
Tutelle Curatelle publique Nom : _____
Tuteur (mineur)

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"/>		
Déficiência intellectuelle	<input type="checkbox"/>	Précisez:	_____		
Déficiência 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 : _____