

Séjour Aventure 2018

Campeurs réguliers ambulants

de 6 à 24 ans

Du 30 juillet au 3 août 2018

Tu as envie de vivre une aventure qui te sort de ton quotidien? Tu veux faire du camping, te promener en forêt et voir un ciel étoilé comme tu n'en as jamais vu? Le séjour Aventure est fait pour toi! Nous t'emmènerons dans un lieu enchanteur avec une équipe d'animateurs experts en survie pour profiter pleinement de l'été. Tu développeras des habiletés de travail d'équipe, de communication et de leadership. Pour t'aider, nous ferons plusieurs activités telles que de la randonnée en forêt, de la baignade dans des bassins, de la nourriture sur feu de camps et bien d'autres.

Le séjour Aventure aura lieu seulement s'il y a un minimum de 10 campeurs inscrits. Il s'adresse aux campeurs de 6 à 24 ans réguliers ambulants seulement, et selon les critères établis par le Camp Papillon suite à l'étude du dossier du campeur.

Coût d'un séjour : de 500 à 650 \$

Complétez le formulaire de préinscription et le retourner dès que possible.
La règle du « **premier arrivé, premier servi** » prévaudra.

N'oubliez pas les 55 \$ de frais de gestion de dossier ainsi que votre dernier « Avis de cotisation ».

FORMULAIRE DE PRÉINSCRIPTION - ÉTÉ 2018

- Prénom Nom : _____		
- Adresse : _____		
- Ville, Province, Code postal : _____		
- Téléphone : _____		- Cellulaire : _____
- Date de naissance : _____		- Âge au 1 ^{er} juillet 2018 : _____ Sexe : _____
Nom du (des) handicap (s) ou maladie (s) : _____		
Handicap ou maladie de naissance ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sinon depuis quand ? _____		
Selon le comportement du campeur, nécessite-t-il une assistance de 1 pour 1 pour assurer sa sécurité et celle des autres campeurs ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> (si oui, joindre une courte description)		
Le campeur peut-il être agressif ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> (si oui, veuillez joindre une courte description ainsi que l'intervention à faire)		
Mobilité : Marche <input type="checkbox"/> Fauteuil manuel <input type="checkbox"/> Se transfère seul : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Fauteuil motorisé <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>		
Hygiène personnelle : seul <input type="checkbox"/> avec aide <input type="checkbox"/> assistance complète <input type="checkbox"/>		
Communique facilement : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Comprend facilement les consignes : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> comportement particulier : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Numéro d'assurance maladie :		Date d'expiration :
Réservation de transport : Montréal <input type="checkbox"/> Québec <input type="checkbox"/> (au besoin)		
Nom de la personne responsable :		Mère <input type="checkbox"/> Tuteur légal <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Autre _____ Famille d'accueil ou ressource intermédiaire <input type="checkbox"/>
Encerclez votre choix de séjour - Veuillez vous référer à la grille des dates 2018		
4 20 juillet au 29 juillet	Aventure 30 juillet au 3 août Réguliers ambulants seulement	Caravane 3 au 12 août La Caravane aura lieu seulement si un minimum de 10 campeurs y seront inscrits.
Qui sera le payeur pour le séjour ?		
Signature de la personne responsable		Date



Camp Papillon
a/s Carole Guérin
2300 boulevard René-Lévesque Ouest, Montréal (Québec) H3H 2R5

Camp Papillon 2018

OBLIGATOIRE POUR ÊTRE ADMIS À UN SÉJOUR AU CAMP

Évaluation médicale de : #Erreur

No. d'assurance maladie :

Date d'expiration :

Possédez-vous une assurance médicament ?

Date de naissance :

Privé RAMQ Autre : _____

Cette page doit être complétée par la personne responsable du campeur.

Nom du/des maladies ou handicaps ?

Depuis quand ?

Poids : livres Taille :

Date du dernier vaccin D2T5 ou Adacel (Antitétanique) ?

Date du vaccin Hépatite B ?

Y a-t-il un risque particulier de déshydratation, coup de chaleur ou infection quelconque ?

Antécédents chirurgicaux :

Liste de médicaments (doses et posologies) :

ALLERGIES : Spécifiez l'allergie, décrire la réaction et l'intensité et indiquez si le campeur utilise un ÉPIPEN.

MÉDICAMENTS (lesquels ?)

ALIMENTS (lesquels ?)

PIQÛRES D'INSECTES (lesquelles ?)

AUTRE ALLERGIE ?

L'utilisation de contentions est-elle nécessaire ? (Si oui, n'oubliez pas de compléter le formulaire précisant leurs utilisations)

Selon vous, l'état de santé du campeur lui permet-il de participer aux activités du Camp ? (activités aquatiques, excursion, camping). Sinon pourquoi ?

Y-a-t-il eu consultation médicale pour des motifs graves dans les deux dernières années ?

La condition générale du campeur est-elle stable ?

oui non

Le campeur peut-il recevoir les médicaments suivants disponibles au besoin au Camp et administrés après évaluation d'une infirmière ?

	Autorisé	Interdit
Anti-émétique (Gravol)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antihistaminique (Benadryl, Claritin, Réactine)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anti-inflammatoire (Advil)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antipyrétique (Tylenol)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laxatifs (Colace, Senokot ou Fleet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antibiotique en crème (Polysporin, Baciguent, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relaxant musculaire en crème (Universal Gel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autres médicaments permis : _____

Médicaments interdits : _____

LE CAMPEUR A-T-IL DÉJÀ EU ? (Cochez si oui)

Rougeole Otite Diabète

Varicelle Rubéole

Oreillons Scarlatine

Épilepsie contrôlée Épilepsie non contrôlée

Autres commentaires importants :

JE CERTIFIE PAR LA PRÉSENTE QUE LES INFORMATIONS CI-DESSUS SONT EXACTES

Signature du responsable : _____

Date : _____

Nom du médecin traitant : _____

Adresse, ville, code postal et numéro de téléphone :

Veillez prendre note que des infirmières seront présentes sur le site pendant tout le séjour du campeur.

Vérifié par la responsable des soins infirmiers.

Initiales : _____ date : _____