

# Bulletin d'information pour l'été 2017

22ème édition

## Horaire du camp d'été 2017

Dates: Du lundi 26 juin au jeudi 17 août.

\*Veuillez noter que le 1er juillet nous sommes fermés\*

Journée : La semaine de camps de jour se déroule du lundi au jeudi.

Heure du camp de jour: De 9:00 à 15:30

Heure de service de garde:

Matin: 7:30 à 9:00

Soir: 16:00 à 18:00



\*Aucune surveillance n'est disponible à l'Association du Syndrome de Down avant 7:30 et après 18:00.

\*Il serait apprécié de motiver l'absence de votre enfant au (819) 569-8112, le plus tôt possible (vous pouvez laisser un message sur la boîte vocale)

## Les lieux:

À tous les jours, le point de rassemblement est à l'Association du Syndrome de Down. En cas d'exception, nous vous fournirons un communiqué qui vous indiquera où nous rejoindre.

Il en est de même lorsque vous venez chercher votre enfant en fin de journée. Il sera à l'Association du Syndrome de Down.



## Les tarifs

Ouverture du Dossier

\$25 administration

\$80/ semaine (4 jours/ sem.)

\$640 pour le camp au complet

Ou encore, ce qui est possible

\$40/ semaine (2 jours/ sem.)

\$320 pour le camp au complet mais à deux jours/ sem.

## Mode de paiement

- un chèque daté du 26 mai 2017

- deux chèques datés du 26 mai et du 30 juin 2017

- Répit du CIUSSS (CLSC)

-Curateur public

## **Modalités de paiement**

Les frais pour l'administration et le camp de jour devront être payés à l'Association soit en 1 versement ou en deux versements mais devront être payés en totalité le 30 juin 2017. Votre personne sera inscrite officiellement lors du paiement et la réception des formulaires complétés.

\*\* L'Association facturera des frais de \$25 pour tout chèque sans provision.

N.B. Advenant que ce n'est pas le parent qui paye le camp de jour, le parent devra autoriser par écrit le paiement par l'établissement qui payera le camp (CIUSSS ou le curateur) et indiquer le montant dû. (L'Association du Syndrome de Down fournira une facture au parent et celui-ci présentera cette dernière à l'autre instance).

## **Modalités de remboursement**

Les frais d'inscription au camp de jour seront remboursés si annulation un mois avant le début de celui-ci. (Les frais ne seront pas remboursés dans le cas d'une annulation à moins d'une semaine avant le début du camp de jour, ni pour les journées de camp manquées.)

Dans le cas où la personne ne peut plus participer aux activités du camp de jour pour des raisons de santé (preuve médicale à l'appui) la demande sera traitée cas par cas.

## **Avis important**

L'Association du Syndrome de Down ne fournira plus d'ÉpiPen. Les parents qui ont des enfants avec des allergies devront le fournir au camp de jour en cas de besoin.

Merci de votre compréhension!

## Le Mémo Sac à dos!

Voici un petit aide-mémoire pour vous assurer que votre enfant ne manque de rien durant sa journée parmi nous.

**Ne pas oublier** de placer dans le sac de votre enfant:

- ✓ un lunch et 2 collations
- ✓ 2 bouteilles d'eau fraîche
- ✓ un bloc réfrigérant (Ice pak)
- ✓ un costume et un casque de bain
- ✓ une serviette
- ✓ de la crème solaire
- ✓ un chapeau
- ✓ les médicaments (S'il y a lieu)
- ✓ le cahier de communication
- ✓ des espadrilles en tout temps
- ✓ des vêtements adaptés à la température prévue



## Équipe d'animation

Une équipe formée en travail social, en éducation spécialisée, ou autres domaines connexes se fera un plaisir d'accueillir votre enfant au centre tout au long de l'été.

## Les règles de conduite: pour le bien de tous

Tout d'abord, pourquoi avoir établi un code de vie en groupe?

- Parce que nous vivons en groupe et que nous devons tenir compte les uns des autres;
- Pour définir des comportements collectifs à respecter;
- Pour que notre vie de groupe soit saine et harmonieuse.

Le code de vie établi réfère principalement à une valeur :

- Le respect **de soi** ;
- Le respect **de l'environnement** ;
- Le respect **des autres**



## Activités et autres dates importantes

### Les sorties spéciales auront lieu:

Le jeudi le 6 juillet voyage au Lac des Cyprès à Ste-Séraphine

Le Jeudi le 10 août voyage spécial non déterminé encore



\*Voir la calendrier d'été 2017 du camp d'été de votre camp de jour\*

### Le Classique PIF

Le Jeudi le 29 Juin 2017

### Le Labyrinthe Fleurimont

Le Jeudi le 13 juillet 2017

### Le Festival du Lacs des nations

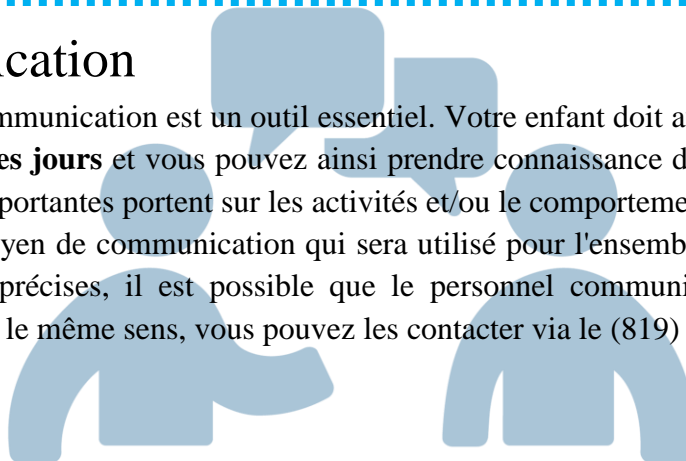
Le Jeudi le 20 juillet 2017

### Le Musée de la nature et des sciences

Le Jeudi le 27 juillet 2017

## Communication

Le cahier de communication est un outil essentiel. Votre enfant doit avoir son cahier dans son sac à **tous les jours** et vous pouvez ainsi prendre connaissance de son contenu . Des informations importantes portent sur les activités et/ou le comportement de votre enfant. C'est le seul moyen de communication qui sera utilisé pour l'ensemble de l'été. Pour des situations plus précises, il est possible que le personnel communique avec vous par téléphone. Dans le même sens, vous pouvez les contacter via le (819) 569-8112.



## Numéros importants

### Numéro de l'Association du Syndrome de Down

(819) 569-8112

### Transport adapté

Réservation: (819) 566-1848

Annulation: (819) 564-7785

Vérification: (819) 564-7785



Association du Syndrome de Down

836 rue St-Charles

Sherbrooke, Qc

J1H 4Z2

Téléphone: 819-569-8112

Sans frais: 1-877-569-8112

Télécopieur: 819-569-5144

Courriel: [asdesherbrooke@gmail.com](mailto:asdesherbrooke@gmail.com)

## Fiche d'inscription

## 1. Renseignements généraux sur la personne

<u>Nom de famille :</u>		<u>Sexe :</u>	M___ F___
<u>Prénom :</u>		<u>Date de naissance :</u>	
<u>Adresse :</u>		<u>Âge :</u>	
<u>Code postal :</u>		<u>École :</u>	
<u># Carte de membre :</u>		<u>Taille T-shirt</u>	<u>Enfant</u> : Petit___ moyen___ Grand___  <u>Adulte</u> : Petit___ moyen___ Grand___

## 2. Parent ou tuteur qui complète le formulaire :

Nom : \_\_\_\_\_ Spécifiez : \_\_\_\_\_

Adresse si la personne réside à un autre endroit que chez les parents.

Tél :

<u>Nom du père</u>		<u>Nom de la mère</u>	
<u>Occupation</u>		<u>Occupation</u>	
<u>Adresse</u>		<u>Adresse</u>	
<u>Téléphone</u>	<u>Rés.</u>	<u>Téléphone</u>	<u>Rés.</u>
	<u>Bur.</u>		<u>Bur.</u>
	<u>Cell.</u>		<u>Cell.</u>
<u>Courriel :</u>		<u>Courriel :</u>	
<u>Garde de l'enfant</u>			
<u>Père et Mère :</u> ___	Mère : ___ Père : ___ Partagée ___ Tuteur : ___	<u>Pour relevé 24</u>	<u>Nom du parent payeur :</u>  <u>NAS :</u>

**3. Choix de session (pour le camp de jour)**

4 jours /semaine \_\_\_\_\_

2 jours /semaine \_\_\_\_\_

Cochez	Dates	Tarif	Cochez	Dates	Tarif
_____	1) 26 juin au 29 juin	_____	_____	5) 24 juillet au 27 juillet	_____
_____	2) 3 juillet au 6 juillet	_____	_____	6) 31 juillet au 3 août	_____
_____	3) 10 juillet au 13 juillet	_____	_____	7) 07 août au 10 août	_____
_____	4) 17 juillet au 20 juillet	_____	_____	8) 14 août au 17 août	_____

Spécifiez les jours que la personne utilisera le camp de jour estival si cela est deux jours /semaine.

**4. Votre personne aura-t-elle besoin d'un service de garde?**

Le matin : oui \_\_\_\_\_ non \_\_\_\_\_

Le soir : oui \_\_\_\_\_ non \_\_\_\_\_

Si oui, qui est autorisé à aller chercher la chercher (autre que les deux parents) ?

Nom : \_\_\_\_\_

Lien avec la personne: \_\_\_\_\_

Des frais de garde seront facturés une fois/ semaine au parent et devront être payés à la fin de chaque semaine par celui-ci à l'Association. (Voir politique de frais de garde).

-----  
**Calcul**

Frais d'administration 25.00\$

\_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ \$ Nombre de semaines au camp de jour  
frais camp de jour \_\_\_\_\_ \$

Total: \_\_\_\_\_ \$

Signature du parent: \_\_\_\_\_

Autorisé par : \_\_\_\_\_

**Fiche de santé**

**Vous devez nous retourner la fiche santé avec votre formulaire d'inscription.  
S.V.P.remplir une fiche par personne.**

## 1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR LA PERSONNE

Nom de la personne:		Sexe:	M_      F_
Prénom de la personne:		Âge:	
Adresse:		Date de naissance:	
Code postal:		# d'assurance-maladie(participant(e))	
# téléphone:		Date d'expiration:	
Nom du médecin s'il y a lieu:		Clinique ou hôpital:	
# tell. du médecin:			

## 2. RÉPONDANT(S) DE L'ENFANT

Prénom et nom du PÈRE:	Prénom et nom de la MÈRE:
# tell. (travail): Poste:	# tell. (travail): Poste:
# cell. ou autre numéro:	#cell. ou autre numéro:

## 3. EN CAS D'URGENCE

Personne à joindre en d'URGENCE: Père et mère __ Père __ Mère __ Tuteur __	
Deux autres personnes à joindre en cas d'URGENCE:	
Prénom et nom:	Prénom et nom
Lien avec la pers:	Lien avec la pers:
Téléphone (rés.):	Téléphone (rés.):
Téléphone (autre):	Téléphone (autre):

## 4. ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Le/la participant(e) a-t-il/elle déjà subi(e) une intervention chirurgicale?	O __ N __
Si oui, Date:	Raison:
<u>Blessures graves</u>	<u>Maladies chroniques ou récurrentes</u>
Date:	Date:
Description:	Description:
<u>A-t-il/elle déjà eu les maladies suivantes?</u>	<u>Souffre-t-il/elle des maux suivants?</u>
Varicelle: O __ N __	Asthme: O __ N __
Oreillons: O __ N __	Diabète: O __ N __
Scarlatine: O __ N __	Épilepsie: O __ N __
Rougeole: O __ N __	Migraines: O __ N __
Autres, précises:	Autres, préciser:

<p>La personne a-t-elle à sa disposition une dose d'adrénaline (Epipen, Ana-Kit) en raison de ses allergies? Oui __ Non __</p> <p><b>À SIGNER SI VOTRE ENFANT A UNE DOSE D'ADRÉNALINE</b></p> <p>Par la présente, j'autorise les personnes désignées par l'Association du Syndrome de Down à administrer, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline _____ à ma personne à charge.</p> <p>_____</p> <p>signature du parent/tuteur</p>
---

## 5. MÉDICAMENTS

La personne prend-elle des médicaments?	Oui _____ Non _____
Si oui, lesquels:	Posologie:
Les prend-elle elle-même? Oui __ Non __	Préciser:

Si votre enfant doit prendre des médicaments, vous devrez, à votre enregistrement à l'Association du Syndrome de Down, remplir un formulaire d'autorisation de prise de médicament afin que les responsables puissent distribuer le médicament prescrit à votre enfant.

## 6. AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES (UTILISEZ LES ÉNONCÉS APPLICABLES À VOUS)

Les questions qui suivent nous aideront à mieux intervenir auprès de la personne.



<b>Problèmes de comportement apparents?</b>	<b>Oui</b> ____ <b>Non</b> ____
<b>Si oui, décrire:</b>	
<b>Alimentation normale?</b>	<b>Oui</b> ____ <b>Non</b> ____
<b>Si non, préciser:</b>	
<b>Port de prothèses?</b>	<b>Oui</b> ____ <b>Non</b> ____
<b>Si oui, décrire:</b>	
<b>Y a-t-il des activités auxquelles la personne ne peut pas participer ou seulement moyennant certaines conditions?</b>	<b>Oui</b> ____ <b>Non</b> ____
<b>Si oui, expliquer:</b>	

## 7. MÉDICAMENTS EN VENTE LIBRE (SI APPLICABLE)

J'autorise le personnel de l'Association du Syndrome de Down à administrer à la personne, si nécessaire, un ou plusieurs médicaments sans ordonnance en vente libre.

Cocher les médicaments dont nous avons l'autorisation d'administrer à la personne:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Acétaminophène (Tylenol, Tempra)      | <input type="checkbox"/> Sirop contre la toux               |
| <input type="checkbox"/> Antiémétique (Gravol)                 | <input type="checkbox"/> Antibiotique en crème (Polysporin) |
| <input type="checkbox"/> Antihistaminique (Benadryl, Reactine) | <input type="checkbox"/> Autre, préciser: _____             |
| <input type="checkbox"/> Anti-inflammatoire (Advil)            |   |

Signature d'un parent/tuteur: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Veillez prendre note que toutes les informations concernant l'état de santé de votre enfant demeureront confidentielles. Elles seront transmises uniquement aux animateurs et stagiaires afin de permettre un meilleur encadrement ainsi qu'une intervention plus efficace en cas d'urgence.**

## 8. AUTORISATION DES PARENTS

- Si des modifications concernant l'état de santé de la personne survenaient avant le début ou pendant la période du plateau de travail, je m'engage à transmettre cette information à l'Association du Syndrome de Down.
- En signant la présente, j'autorise l'Association du Syndrome de Down à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Si l'organisme le juge nécessaire, je l'autorise également à transporter la personne par ambulance ou autrement dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire.
- Je m'engage à collaborer avec l'Association du Syndrome de Down et à venir la rencontrer si le comportement de la personne nuit au bon déroulement des activités.

---

nom complet des parents/tuteurs

---

signature des parents/tuteurs

Date: \_\_\_\_\_