



## **FICHE D'INSCRIPTION**

### **Camp de jour d'été**

**Loisirs - session Automne**

**Répit**

**Loisirs - session Hiver-printemps**

Je désire faire un don : au montant de ( )\$ Un reçu d'impôt sera fourni pour tout don de 20\$ et plus.

**A complété obligatoirement** (Écrire en lettres moulées, clairement)

### **1. Renseignements sur le participant:**

Nom de famille:		Prénom:	
Sexe M	F	Date de nais. (jour/mois/année) :	Âge :
Adresse:		Code postal :	
Tél. mais.:			
Couleur yeux :		Couleur cheveux :	
Poids :		Taille :	
Mode de transport : Parent Seul à pied ou transport en commun			
Transport adapté No dossier (obligatoire si voyage en transport adapté) :			

### **2 A. Personne responsable à l'adresse du participant (parents ou intervenant)**

Nom de famille :		Prénom :	
Lien avec le part. : Parent F.A./RTF Intervenant Autre (précisez)			
Je désire recevoir l'information par courriel : <b>ou</b> Je désire recevoir l'information par la poste :			
Adresse courriel :			
Tél. mais.:		Travail :	
Cellulaire :			

### **2 B. Personne responsable légalement si le participant ne demeure pas avec elle**

Nom de famille :		Prénom :		Lien :	
Adresse :					
Je désire recevoir l'information sur les activités : Oui Non					
Je désire recevoir l'information par courriel : <b>ou</b> Je désire recevoir l'information par la poste :					
Adresse courriel où envoyer l'information:					
Tél. mais.:		Travail :		Cellulaire :	

### **3. Urgence : Nous devons pouvoir joindre une de ces personnes en tout temps.**

Personne à contacter en premier :			Lien :		
Téléphone:				Cellulaire :	
Deux autres personnes à contacter en cas d'urgence :					
Nom :				Lien :	
Tél. mais. :		Travail :		Cellulaire :	
Nom :				Lien :	
Tél. mais. :		Travail :		Cellulaire :	

**Toutes les lignes doivent être complétées!**



5675, rue Lafond, Montréal (Qc) H1X 2X6 (514) 527-7671 info@admi-montreal.org

#### 4. CLSC : S'il y a lieu

Votre CLSC :		Trav. social :		Tél.:	
Nom de votre éducateur s'il y a lieu :				Tél.:	
Les activités seront payées par :	Parent	CLSC	Autre	précisez :	

#### 5. Renseignements médicaux :

Souffre-t-il d'une maladie récurrente ou chronique? Oui		Non		Décrire :	
Souffre-t-il des maux suivants?					
Asthme	Oui	Non	Intolérance au soleil	Oui	Non
A-t-il des pompes	Oui	Non			
Diabète	Oui	Non	Essoufflements	Oui	Non
Épilepsie	Oui	Non	Maladie cardiaque	Oui	Non
Y a-t-il des aliments qu'il ne peut manger?			Lesquels :		
Oui	Non				
Souffre-t-il d'allergies? Oui		Non			
Lesquelles :					
A-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (EpiPen, Ana-kit) en raison de ses allergies? Oui		Non			
À signer si le participant possède une dose d'adrénaline					
Par la présente, j'autorise les personnes désignées par l'ADMI à administrer, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline _____ (nom du médicament) au participant.					
Nom du parent ou tuteur : _____					
Date : _____					

#### 6. Médicaments : Notez qu'aucun médicament en vente libre ne peut être administré au participant.

Le participant prend-il des médicaments? Oui		Non		À la maison		Pendant les activités	
Si oui indiquer le nom de tous les médicaments pris même si pris à la maison seulement							
Nom du médicament		Posologie		Raison			

J'autorise le personnel du camp de jour de l'ADMI à administrer au participant, si nécessaire, les médicaments ci-haut mentionnés.

Signature du parent ou tuteur : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

**Les participants devront avoir en leur possession une carte OPUS valide et chargée d'au moins 2 billets par jour.**

**Si nous devons payer les déplacements du participant, une facture vous sera envoyée et le coût sera de 7.00\$ par déplacement**

**Toutes les lignes doivent être complétées!**



## 7. Autres informations pertinentes

Les informations qui suivent nous aideront à mieux intervenir auprès du participant.

Peut-il s'habiller seul? Oui Non	Reconnaître ses objets personnels? Oui Non	
Attacher ses souliers? Oui Non	Courir? Oui Non	Sauter? Oui Non
Marcher une vingtaine de minutes? Oui Non	Découper avec des ciseaux Oui Non	
Manger seul? Oui Non	Boire seul? Oui Non	
Aller à la toilette seul? Oui Non	S'essuyer seul? Oui Non	
Changer sa serviette sanitaire Oui Non	N/A	
Fait-il de l'incontinence? Oui Non	Porte-t-il une couche? Oui Non	
Aime-t-il se baigner? Oui Non	Peut-il nager Oui Non	Plonger Oui Non
Peut-il exprimer ses besoins? Oui Non	Suivre des consignes simples? Oui Non	
A-t-il des problèmes de comportement? Oui Non		
Si oui décrire :		
A-t-il peur des animaux? Oui Non	Lesquels :	
Informations supplémentaires importantes :		

## Vous devez fournir une photo récente du participant

\* Étant donné que ADMI-Montréal prendra des photos et/ou vidéos au cours des activités, je l'autorise à utiliser ce matériel en tout ou partie à des fins promotionnelles. **Oui Non**

Tout matériel utilisé demeure la propriété de ADMI-Montréal.

**Si aucune case n'est cochée nous comprendrons que vous acceptez ces conditions.**

\* **Si des modifications concernant l'état de santé du participant survenaient avant le début ou pendant la période des activités, je m'engage à transmettre cette information à la direction, qui fera le suivi avec l'animateur du participant.**

\* En signant la présente, j'autorise ADMI-Montréal à prodiguer les premiers soins au participant.

Si la direction le juge nécessaire, je l'autorise également à transporter le participant par ambulance ou autrement dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire.

\* **J'autorise le personnel du camp de jour à transporter le participant dans un véhicule moteur.**

\* Je m'engage à collaborer avec la direction de ADMI-Montréal et à venir la rencontrer si le comportement du participant nuit au bon déroulement des activités.

**Signature de la personne responsable:**

---

**Toutes les lignes doivent être complétées!**

# Inscription camp de jour été

## Critères d'acceptation

1. Déficience intellectuelle légère à moyenne
2. Autonomie de base (manger, s'habiller, aller à la toilette seul/e)
3. Pouvoir suivre des consignes simples dans un groupe
4. Pouvoir marcher sur une distance moyenne (les déplacements sont en transport en commun)
5. Aucun problème de comportement

## Inscriptions – semaines demandées

Semaine 1 :

Semaine 2 :

Semaine 3 :

Semaine 4 :

Semaine 5 :

Semaine 6 :

Semaine 7 :

## Modalités de remboursement

En cas d'annulation plus d'un mois avant le début du camp de jour ou de l'activité, un remboursement total moins 25% de frais d'administration sera accordé

Moins d'un mois avant le début du camp, un remboursement de 50% sera accordé.

Annulation après le début du camp de jour: Aucun remboursement ne sera accordé.

**Je comprends et j'accepte ces conditions :**

Nom du parent ou tuteur : \_\_\_\_\_

Signature du parent ou tuteur : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_