

CAHIER D'INSCRIPTION  
**CAMPS DE JOUR  
L'ESCAPADE**  
ET AVENTURES DES JARDINS  
ÉTÉ 2010



Ouvrir la porte à l'aventure !



Autisme Québec

Tél. : (418) 624-7432

Télec. : (418) 624-7444

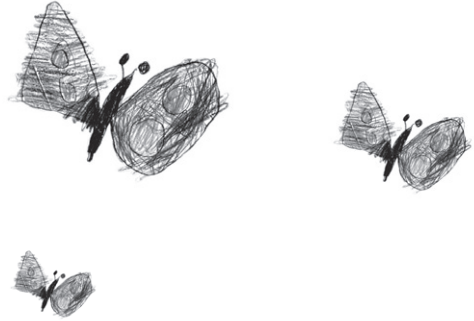
Courriel : [info@autismequebec.org](mailto:info@autismequebec.org)

1055, boulevard des Chutes, Québec (Québec) G1E 2E9

[www.autismequebec.org](http://www.autismequebec.org)



Ouvrir la porte à l'aventure !



## **L'ESCAPADE ET AVENTURES DESJARDINS** CAMPS DE JOUR SPÉCIALISÉS EN AUTISME ET AUTRES TED

Les premières années du camp d'été remontent à 1980-1981. Depuis 1995, le camp se déroule sur le site de Notre-Dame-des-Bois, à Charlesbourg. Depuis 2009, le camp des adultes se déroule au siège social.

Chaque année, plus de 60 jeunes et leurs moniteurs y partagent des moments intenses et inoubliables. Le camp doit sa longévité à la participation financière de ses collaborateurs.

Situé en pleine nature, L'Escapade allie sécurité et efficacité, dans des lieux spécialement aménagés pour accueillir des activités de musique, de détente, de jeux et de bricolage. L'environnement permet des excursions en forêt et des jeux extérieurs : balançoires, trampoline, baignade, etc.

En ce qui concerne le camp des adultes, il met à leur disposition une grande maison et 75 000 p<sup>2</sup> de terrain.

Nous offrons aux participants des activités adaptées, comme en vivent d'autres personnes en vacances, des activités sportives, des randonnées, de la relaxation et des sorties.

De plus, les moniteurs et les monitrices du camp sont sélectionnés minutieusement et reçoivent une formation spécifique adaptée aux besoins de notre clientèle.

FICHE D'INSCRIPTION DE L'USAGER  
**CAMPS D'ÉTÉ L'ESCAPADE  
ET AVENTURES DES JARDINS**  
ÉTÉ 2010



Autisme Québec

Tél. : (418) 624-7432  
Télec. : (418) 624-7444  
Courriel : mjlangevin@autismequebec.org  
1055, boulevard des Chutes, Québec (Québec) G1E 2E9

**IDENTIFICATION**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Poids : \_\_\_\_\_

Âge : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_ Grandeur : \_\_\_\_\_

Résidence actuelle du campeur : \_\_\_\_\_ Couleur des yeux : \_\_\_\_\_

Parent  Famille d'accueil  Autre  \_\_\_\_\_

No d'assurance-maladie : \_\_\_\_\_ Couleur des cheveux : \_\_\_\_\_

Diagnostic : \_\_\_\_\_

Allergie : \_\_\_\_\_

**Adresse A (famille naturelle)**

Nom du parent : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_

**PHOTO  
(Obligatoire)**

**Adresse B (famille d'accueil, résidence, autre)**

Nom de la famille : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_

La correspondance doit-elle être envoyée à l'adresse : A  B  les deux

Nommez la ressource de jour (CRDIQ, école, etc.) fréquentée par le campeur : \_\_\_\_\_

Si le campeur est rattaché au Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de Québec (CRDIQ)

Nom de l'intervenant responsable : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

Personne à aviser en cas d'urgence (maladie ou désorganisation), joignable en tout temps.

Nom : \_\_\_\_\_ Lien avec le campeur : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_ Poste : \_\_\_\_\_

**Transport**

Parent  Transport adapté  Si oui, numéro d'utilisateur : \_\_\_\_\_

Autres  \_\_\_\_\_

Est-ce la première expérience en camp : Oui  Si non, nom du camp : \_\_\_\_\_

## Document à conserver

### La période d'activités

Durant sept semaines, du lundi 28 juin au vendredi 13 août 2010, de 8 h 45 à 15 h 45, du lundi au vendredi. **Une pénalité de 10\$/15 min. s'applique aux parents en retard.**

### L'inscription

La date limite d'inscription est fixée au 12 mars 2010. *Les demandes présentées après cette date ne pourront être acceptées, sauf dans le cas d'un désistement.*

Considérant la capacité d'accueil limitée, nous accorderons priorité aux personnes vivant dans leur famille naturelle. *Également, en fonction des contraintes organisationnelles, nous nous réservons le droit de réduire le nombre de semaines de fréquentation ou de vous proposer de nouvelles dates.* Le cas échéant, nous vous contacterons dans les plus brefs délais. Soyez cependant assurés que nous ferons de notre mieux afin de répondre à vos demandes.

### Les coûts et les modalités

Un chèque au montant de 50\$ couvrant les frais d'inscription et fait à l'ordre d'Autisme Québec doit nous parvenir au plus tard le 12 mars 2010, accompagné du formulaire d'inscription.

#### Frais de camp pour les enfants vivant dans leur famille naturelle.

- 18 ans et plus : 165\$ par semaine
- moins de 18 ans : 125\$ par semaine

#### Pour les personnes relevant de la responsabilité du CRDI de Québec ou des centres jeunesse, les frais de camp sont différents.

Nos moyens financiers limités nous obligent à facturer à l'organisme le coût réel de l'encadrement selon le ratio déjà établi.

- Ratio 1 pour 1 : 460\$
- Ratio 2 pour 1 : 235\$

Par mesure exceptionnelle, nous nous réservons le droit d'interrompre la fréquentation d'un campeur ayant des comportements violents pouvant menacer la sécurité des autres campeurs et des moniteurs.

Lorsque les dates de fréquentation vous seront confirmées, vous pourrez payer en un ou plusieurs versements (nous faire parvenir des chèques postdatés). Le dernier versement doit être en date du 13 août 2010 au plus tard.

**Âge minimum d'inscription au camp : six ans**





## La politique de remboursement

Les frais d'inscription ne sont pas remboursables. Quant aux frais de camp, ils peuvent être remboursés en totalité pour des raisons de santé, sur présentation d'un billet médical.

## Le transport

Les parents qui ne peuvent assurer le transport quotidien doivent faire une demande début juin à Service de transport adapté de la Capitale ou STAC au (418) 687-2641. Ce service est disponible pour les enfants de six ans et plus. Pour les personnes qui n'auraient pas encore fait leur demande d'admission, les démarches doivent être faites le plus tôt possible. Pour les personnes qui sont refusées au transport adapté, en raison d'une problématique particulière, faites-nous part de vos besoins avant le 1<sup>er</sup> juin 2010 et nous évaluerons les autres possibilités qui s'offrent à vous en tenant compte de nos disponibilités financières. **C'est la responsabilité des parents ou responsables de résidence de communiquer avec le STAC pour l'inscription à leurs services. Il en va de même en cas d'annulation de transport.**

Dans un souci d'équité, les personnes qui ne pourront être transportées par le STAC et pour lesquelles Autisme Québec offrira un service de transport seront facturées selon le tarif en vigueur au STAC.

## Pour se rendre à L'Escapade

Pour vous y rendre, prenez le boulevard Laurentien, sortie Jacques-Bédard. À l'arrêt, tournez à droite. Prenez ensuite la rue de la Polyvalente à votre gauche jusqu'au bout de la rue. Empruntez le chemin à votre droite. Vous passerez derrière la polyvalente. Continuez sur ce chemin qui entre dans le boisé, le camp l'Escapade se trouve au bout du chemin, à votre gauche. Numéro de téléphone : 849-2296.

Afin d'assurer la sécurité de vos enfants, vous devez circuler à 5 km/h sur le site.

## Pour plus d'information

Marie-Joëlle Langevin

Coordonnatrice des services

(418) 624-7432, poste 103

[mjlangevin@autismequebec.org](mailto:mjlangevin@autismequebec.org)



Ouvrir la porte à l'aventure !

## À nous retourner

### CHOIX DE SEMAINES DE FRÉQUENTATION

DATE		DATE	
28/06 au 02/07 (ouvert le 1 <sup>er</sup> juillet)		26/07 au 30/07	
05/07 au 09/07		02/08 au 06/08	
12/07 au 16/07		09/08 au 13/08	
19/07 au 23/07			

Lorsque les dates de fréquentation vous seront confirmées, vous pourrez payer en un ou plusieurs versements (nous faire parvenir des chèques postdatés). Le dernier versement doit être en date du 13 août 2010 au plus tard.

**Âge minimum d'inscription au camp : six ans**

### PAIEMENT

#### Frais de camp payés par :

Nom du payeur : \_\_\_\_\_

Lien avec le campeur (parent ou intervenant) : \_\_\_\_\_

Organisme\* (s'il y a lieu) : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_ Poste : \_\_\_\_\_

\* Personne à qui doit être adressée la facturation

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

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code Postal : \_\_\_\_\_

Montant : \_\_\_\_\_

Désirez-vous un reçu : OUI  NON

Si les frais de camp sont payés par un organisme, vous êtes responsable de faire les démarches auprès de celui-ci afin que le paiement nous soit acheminé.

#### Frais de camp payés par : (dans le cas de plusieurs payeurs)

Nom : \_\_\_\_\_ Lien avec le campeur : \_\_\_\_\_

Organisme : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_ Poste : \_\_\_\_\_

Montant : \_\_\_\_\_

Désirez-vous un reçu :  OUI  NON

Je déclare que les renseignements donnés sont exacts et complets.

\_\_\_\_\_  
Signature des parents ou de la personne responsable

\_\_\_\_\_  
Date

Vous devez faire parvenir ce formulaire au plus tard le 12 mars 2010 ; le cachet de la poste en faisant foi. Veuillez joindre un chèque au montant de 50 \$ pour les frais d'inscription.

# À nous retourner

## FICHE MÉDICALE

### Problèmes de santé

Trouble cardiaque

Hépatite B

Autres : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Asthme

Diabète

Épilepsie

Eczéma

Spécifier : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Allergies

À l'aspirine

À la pénicilline

Aux foins

Autres : \_\_\_\_\_

À d'autres médicaments

À des aliments

Aux piqûres d'insectes

Aux poils d'animaux

Spécifier : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Médications

Avec :  de l'eau  de la purée  autre

Nom du médicament	Nombre de fois par jour	Dose	Heure

### Goûts et intérêts

Activités physiques préférées : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Activités manuelles préférées : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Activités culturelles préférées : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sorties préférées : \_\_\_\_\_

J'aime bien me promener en automobile : OUI  NON

Précisez (comportement) \_\_\_\_\_

J'utilise un harnais OUI  NON

J'utilise un banc d'auto ou d'appoint OUI  NON

J'aime bien me promener en autobus : OUI  NON

Précisez (comportement) \_\_\_\_\_

Autres activités appréciées : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## **Aspects comportementaux**

### **Peurs ou phobies**

Explications : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Intervention à privilégier : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **Hypersensibilités ou défenses sensorielles**

Explications : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Intervention à privilégier : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **Manies ou obsessions**

Explications : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Intervention à privilégier : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **Autres aspects comportementaux à souligner**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **Tendance à fuguer**

Dans quelles circonstances : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Autres informations : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **Comportements agressifs**

Dans quelles circonstances : \_\_\_\_\_

Comment cela s'exprime-t-il : \_\_\_\_\_

Intervention à privilégier : \_\_\_\_\_

Autres informations : \_\_\_\_\_

### **Comportements d'automutilation**

Dans quelles circonstances : \_\_\_\_\_

Comment cela s'exprime-t-il : \_\_\_\_\_

Intervention à privilégier : \_\_\_\_\_

Autres informations : \_\_\_\_\_

### **Bris de matériel**

Dans quelles circonstances : \_\_\_\_\_

Intervention à privilégier : \_\_\_\_\_

Autres informations : \_\_\_\_\_

### **Ingestion de substances non comestibles**

Intervention à privilégier : \_\_\_\_\_

Autres informations : \_\_\_\_\_

## À nous retourner

### Autorisations

#### Autorisation pour photographies et images vidéo \_\_\_\_\_

Par la présente, j'autorise Autisme Québec et ses mandataires à prendre des photographies et des images vidéo de \_\_\_\_\_ pendant les activités du camp L'Escapade.

\_\_\_\_\_  
date

\_\_\_\_\_  
Signature du parent ou de la personne responsable

#### Autorisation pour l'utilisation des photos et des images vidéo \_\_\_\_\_

Par la présente, j'autorise Autisme Québec à utiliser les photos et les images vidéo de \_\_\_\_\_ pour ses activités de promotion et d'information (journaux, brochures, vidéos, émissions de télévision, site Internet).

\_\_\_\_\_  
date

\_\_\_\_\_  
Signature du parent ou de la personne responsable

#### Autorisation pour activités de sortie \_\_\_\_\_

Par la présente, je consens à ce que \_\_\_\_\_ profite des activités de sortie du camp L'Escapade et j'autorise les moniteurs et monitrices à le/la véhiculer avec leur voiture personnelle lors de ces sorties.

\_\_\_\_\_  
date

\_\_\_\_\_  
Signature du parent ou de la personne responsable

#### Autorisation pour prise de médicaments \_\_\_\_\_

Par la présente, j'autorise le personnel d'Autisme Québec à administrer les médicaments nécessaires selon mes instructions (posologie, fréquence...) à \_\_\_\_\_ au camp L'Escapade.

\_\_\_\_\_  
date

\_\_\_\_\_  
Signature du parent ou de la personne responsable

#### Autorisation pour soins d'urgence \_\_\_\_\_

Par la présente, je consens à ce que \_\_\_\_\_ reçoive les soins d'urgence appropriés et nécessaires.

\_\_\_\_\_  
date

\_\_\_\_\_  
Signature du parent ou de la personne responsable

#### Autorisation de divulgation des renseignements \_\_\_\_\_

Par la présente, j'autorise le personnel d'Autisme Québec à communiquer avec les partenaires du réseau (CRDIQ, CSSS, école) afin de mieux connaître mon enfant.

\_\_\_\_\_  
date

\_\_\_\_\_  
Signature du parent ou de la personne responsable

## À nous retourner

### MOYENS DE COMMUNICATION

Mon enfant sait lire : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		Mon enfant sait écrire : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		
La personne communique-t-elle spontanément et adéquatement ce besoin ou ce désir ?	Si oui, quel moyen de communication utilise-t-elle ? (mot, pictogramme, signe, pointer, amener l'adulte par la main, autre)		Est-ce qu'un moyen de communication est présentement en apprentissage ?	Si oui, lequel ? (mot, pictogramme, signe, pointer, amener l'adulte par la main, autre)
Aide	oui <input type="checkbox"/> / non <input type="checkbox"/>		oui <input type="checkbox"/> / non <input type="checkbox"/>	
Cessation (fini)	oui <input type="checkbox"/> / non <input type="checkbox"/>		oui <input type="checkbox"/> / non <input type="checkbox"/>	
Toilette	oui <input type="checkbox"/> / non <input type="checkbox"/>		oui <input type="checkbox"/> / non <input type="checkbox"/>	
Boire	oui <input type="checkbox"/> / non <input type="checkbox"/>		oui <input type="checkbox"/> / non <input type="checkbox"/>	
Manger	oui <input type="checkbox"/> / non <input type="checkbox"/>		oui <input type="checkbox"/> / non <input type="checkbox"/>	
Se reposer	oui <input type="checkbox"/> / non <input type="checkbox"/>		oui <input type="checkbox"/> / non <input type="checkbox"/>	
Casque assourdisseur	oui <input type="checkbox"/> / non <input type="checkbox"/>		oui <input type="checkbox"/> / non <input type="checkbox"/>	
Aliments désirés	oui <input type="checkbox"/> / non <input type="checkbox"/>		oui <input type="checkbox"/> / non <input type="checkbox"/>	
Jouets désirés	oui <input type="checkbox"/> / non <input type="checkbox"/>		oui <input type="checkbox"/> / non <input type="checkbox"/>	
Autres	oui <input type="checkbox"/> / non <input type="checkbox"/>		oui <input type="checkbox"/> / non <input type="checkbox"/>	

<sup>1</sup> Un moyen de communication peut être enseigné lorsqu'une personne ne communique pas spontanément (ou pas adéquatement) un besoin ou un désir (ex : elle frappe pour dire «non» et on lui enseigne à repousser doucement avec la main).

Un moyen de communication peut être enseigné lorsqu'on veut amener la personne à communiquer à l'aide d'un moyen plus précis (ex : la personne pointe et on lui enseigne à utiliser un pictogramme).