**Centre Lake Joseph de la Fondation INCA**

**FORMULAIRE D’INSCRIPTION AUX CAMPS**

Madame, Monsieur,

#### Nous vous remercions de l’intérêt que vous démontrez pour les programmes jeunesse offerts par la Fondation INCA. Cet été, nous sommes ravis d’offrir encore une fois des camps spécialisés au Centre Lake Joseph d'INCA pour les jeunes vivant avec une perte de vision. Nous vous invitons à vous joindre à nous pour une semaine remplie de découvertes, d’amitié et de joie.

Afin de vous garantir une place, veuillez remplir la trousse d’inscription ci-jointe et la faire parvenir à la personne-contact ci-dessous. Veuillez noter que le nombre de places est limité. Les dossiers incomplets ne seront traités que lorsque tous les renseignements requis auront été transmis accompagnés du montant total pour le camp.

Pour ceux qui ont besoin de soutien financier, veuillez remplir les formulaires «Demande de soutien financier» et l'envoyer avant le **12 avril** **2019** aux coordonnées qui se trouvent sur les formulaires et cocher les cases « en attente de soutien financier de la Fondation Cypihot-Ouellette » et/ou du « Fonds de la Police Militaire pour les enfants aveugles » à la page 10 du présent formulaire.

Les confirmations d’inscription et les renseignements préalables à l’arrivée des participants seront transmis par courriel à l’adresse électronique que vous avez fournie. Si aucune adresse électronique n’est mentionnée, ces documents vous seront expédiés par la poste. Ce programme coûte **460 $ par personne** (transport aller-retour de Toronto au Lake Joe inclus). **Vous devrez couvrir les frais de transport aller-retour en avion ou voiture du Québec vers Toronto ou Lake Joe.**

Pour ceux qui le désirent, nous organiserons un groupe de jeune qui prendra le même vol que les accompagnatrices d’INCA Québec à partir de l'aéroport Pierre-Elliot Trudeau (YUL) de Montréal. Vous pouvez aussi prendre la voiture pour conduire votre jeune au camp et revenir le chercher le samedi. Les heures vous seront transmises un peu plus tard dans le processus d'inscription au camp.

\*\*\*Pour une question d'accessibilité pour les employés vivant avec une perte de vision travaillant sur ce projet, merci de **remplir les formulaires directement à l'ordinateur.**

**LISTE DE CONTRÔLE**

**Votre demande doit être accompagnée des documents suivants :**

Renseignements généraux — nom et coordonnées [ ]

Formulaire de consentement et de renonciation dûment signé [ ]

Dossier complet des antécédents médicaux [ ]

Liste des médicaments pris actuellement [ ]

Formulaire de paiement (chèque ou renseignements relatifs à une carte de crédit joints) [ ]

Faire parvenir le dossier complet d’inscription à :

**Laetitia Larabi, Administratrice HUB**

**INCA Québec**

**Pa****r courriel :** **laetitia.larabi@inca.ca**.

**PROGRAMME — Veuillez indiquer le programme pour lequel vous présentez une demande d’inscription**

**Camp d’immersion INCA** (11-18 ans) [ ]

OU

**Camp Les leaders de demain INCA** (15-20 ans) [ ]

Dimanche **30 juin au samedi 6 juillet** 2019

Le campeur a-t-il **déjà fréquenté** le Centre Lake Joseph d’INCA?

Nombre d’années

Dernière année de fréquentation :

**RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU CAMPEUR**

#####

##### Prénom:

##### Nom de famille:

##### Sexe :

##### Surnom:

##### Date de naissance (jj-mm-aaaa):

##### Année scolaire:

##### Adresse:

**Ville:**

##### Province:

##### Code postal:

##### Téléphone :

##### Langue maternelle :

##### Diagnostic (maladie oculaire) :

##### Média préféré

##### Gros caractères : [ ]

##### Braille : [ ]

##### Autre:

#####

##### Taille de T-shirt

#####

##### No d’assurance maladie:

#####

##### Nom du médecin :

Téléphone du médecin :

**RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX PARENTS OU TUTEURS – INSCRIRE EN PREMIER *LA PREMIÈRE PERSONNE À CONTACTER***

**1. Nom**

**Lien avec le campeur**

**Téléphone (domicile)**

**Téléphone (cellulaire)**

**Courriel**

**2. Nom**

**Lien avec le campeur**

**Téléphone (domicile)**

**Téléphone (cellulaire)**

**Courriel**

Personnes à contacter en cas d’urgence
(si les parents ou tuteurs ne peuvent être joints)

**Nom :**

**Lien:**

Téléphone au travail:

Téléphone (domicile):

PERSONNE qui viendra chercher le jeune autre que le parent ou le tuteur

**Nom :**

**Lien:**

Téléphone au travail:

Téléphone (domicile):

Comment avez-vous entendu parler du Centre Lake Joseph d’INCA? (veuillez cocher les cases appropriées)

#####

##### Organisme médical : [ ]

##### Aiguillage d'INCA : [ ]

##### Médias sociaux : [ ]

##### Centre de réadaptation : [ ]

##### AQPEHV : [ ]

##### Organisme : [ ]

##### École : [ ]

##### Site Web : [ ]

Autre : [ ]

DOSSIER COMPLET DES ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

**Allergies aux médicaments** **- Inscrire toutes les allergies ou cocher « Aucune »** :

Aucune: [ ]

Type de réaction (par ex. : choc anaphylactique, éruption cutanée, etc.) :

**Restrictions ou allergies alimentaires** - Inscrire toutes les allergies ou restrictions ou cocher « Aucune » **:**

Aucune : [ ]

Type de réaction (par ex. : choc anaphylactique, éruption cutanée, etc.) :

Aucun aliment provenant de l’extérieur n’est permis sur le site SANS L’AUTORISATION DU COORDONNATEUR SANTÉ BIEN-ÊTRE – Si les allergies ou restrictions alimentaires de votre campeur exigent que de la nourriture lui soit envoyée, SVP obtenir l’autorisation du coordonnateur avant l’arrivée du campeur.

**Antécédents médicaux** *(inclure toute autre maladie, problème médical ou besoins spéciaux du campeur que nous devrions connaître) :*

Le campeur a-t-il été **hospitalisé** récemment?

Date de l’hospitalisation :

Motif :

Les **vaccins** de votre enfant sont-ils à jour?

Si non, quels sont les vaccins non administrés?]

Années de la dernière piqûre antitétanique (DPT, DT)?

**Mon enfant est sujet à ou a reçu un diagnostic de :**

TDA ou TDAH

Appendicite

Asthme

Trouble du spectre de l’autisme

Épilepsie

Diabète

Rhumes fréquents

Rhume des foins

Problème cardiaque

Maladie rénale

Allergie au latex

Rougeole

Migraines

Oreillons

Fièvre rhumatismale

Rubéole

Varicelle

Otites

Convulsions

Autre - Prière d’indiquer si votre enfant est atteint d’une maladie non indiquée ci-haut

**Rappel:** pour participer aux Camps de la Fondation INCA, votre jeune doit avoir un minimum d’autonomie dans ses activités de la vie quotidienne (ex. : hygiène personnelle, repas, déplacements), être capable de s’exprimer et ne pas avoir de problème de comportement grave.

**NIVEAU D’AIDE REQUIS POUR VOTRE ENFANT**

**Soins quotidiens** (brosser les dents, peigner les cheveux, s’habiller)

**Repas**

**Prise de médicaments**

**Bain ou douche**

**Propreté ou salle de bain**

Le campeur a-t-il des problèmes d’**incontinence nocturne**?

Si « Oui », comment vous organisez-vous à la maison?

Dans le cas d’une campeuse, est-elle **menstruée**?

*Si vous avez répondu OUI à l’une ou l’autre des questions ci-dessus, veuillez fournir un nombre suffisant d’articles pour toute la durée du camp (plus quelques extra).*

**COMMUNICATION**

**Mode de communication du campeur**

Communications verbales : [ ]

Phrases complètes : [ ]

2 ou 3 mots : [ ]

Langage gestuel: [ ]

Un mot à la fois: [ ]

Communication non verbale: [ ]

**Le campeur apportera-t-il des appareils ou des outils de communication**?

 Si oui, veuillez les décrire :

**Quel est le niveau de maitrise de la langue anglaise du campeur?**

Notes ou commentaires additionnels

**COMPORTEMENT NOCTURE (Prière de répondre à toutes les questions.)**

Le campeur a-t-il de la difficulté à s’endormir?

Le campeur a-t-il de la difficulté à dormir jusqu’au matin?

Le campeur se réveille-t-il facilement pendant la nuit?

Le campeur sort-il de son lit fréquemment pendant la nuit?

Le campeur dort-il avec une lumière allumée?

Le campeur fait-il beaucoup de bruit pendant la nuit?

Le campeur est-il somnambule?

Décrire la routine habituelle du campeur au moment de se coucher.

**PRÉOCCUPATIONS COMPORTEMENTALES (Prière de choisir toutes les réponses applicables.)**

S’ennuie : [ ]

Est un risque pour autrui: [ ]

Court: [ ]

Est un risque pour lui-même: [ ]

A besoin d’attention: [ ]

Est facilement frustré: [ ]

Est sensible aux bruits: [ ]

Frappe ou donne des coups: [ ]

Est sensible à la lumière: [ ]

Autre (veuillez énumérer):

Décrire les **éléments déclencheurs** de ces comportements ainsi que les signes précurseurs d’une escalade:

Quel est le meilleur moyen d’aider le campeur lorsqu’il montre des premiers signes de détresse?

Le campeur a-t-il d**éjà séjourné loin de la maison**?

Si oui, pendant combien de temps?

Le campeur a-t-il **déjà fréquenté un camp** de plus d’un jour?

**PRÉOCCUPATIONS DIÉTÉTIQUES/HABITUDES ALIMENTAIRES**

Prière de décrire les habitudes alimentaires du campeur

Renseignements additionnels ou commentaires (si le campeur est « difficile », veuillez décrire ce que le campeur mange à la maison et comment vous l’encouragez à manger).

**Nota – Si les allergies ou les préoccupations alimentaires de votre campeur exigent que de la nourriture lui soit envoyée, SVP obtenir l’autorisation du coordonnateur Santé Bien-être avant l’arrivée du campeur**

COMPORTEMENT SOCIAL ET ÉMOTIONNEL

Le campeur participe-t-il activement aux **activités de groupe**?

**Préférences/Passe-temps :**

**Activités non appréciées** :

Prière de fournir tout **autre renseignement important** qui pourrait aider le personnel du Centre Lake Joseph d'INCA à faire vivre une expérience inoubliable à votre campeur.

**MÉDICAMENTS**

**TOUS les médicaments administrés au camp doivent être inscrits sur ce formulaire.** Tous les médicaments ou fournitures nécessaires pendant le séjour du campeur seront rangés et administrés par le personnel du service Santé Bien-être en respectant vos directives. **Prière de faire parvenir** **tous les médicaments dans leurs contenants originaux, adéquatement étiquetés au nom de l’enfant. Les médicaments doivent avoir la bonne étiquette pharmaceutique.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom du médicament et force | Dose | Fréquence | Heure d’administration |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Suppléments nutritionnels**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom du médicament et force | Dose | Fréquence | Heure d’administration |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Prière d’indiquer toute méthode particulière d’administration des médicaments. Inclure des renseignements sur les médicaments utilisés pour prévenir la nausée, les vomissements et la gestion de la douleur, le cas échéant. Nous savons que les horaires d’administration peuvent changer d’ici à l’été. Veuillez-nous le faire savoir si des changements surviennent après la transmission de ce formulaire.

Nota : Notre service Santé Bien-être ne tient pas de médicaments en vente libre comme Tylenol, Aspirine, Gravol, etc. Prière d’apporter tous les médicaments en vente libre dont le campeur a besoin. Certains médicaments génériques sont en vente à la boutique.

**FRAIS D’INSCRIPTION**

Les frais de ce programme sont de **460 $,** excluant les frais de déplacement du Québec vers l'Ontario.

**PAIEMENT DES FRAIS D’INSCRIPTION**

Veuillez choisir ci-dessous votre mode de paiement. **NE PAS ENVOYER**

**D’ARGENT PAR LA POSTE.**

En attente de soutien financier de la Fondation Cypihot-Ouellette: [ ]

En attente de soutien financier du Fonds de la Police Militaire pour les enfants aveugles : [ ]

**Chèque ou mandat postal joint (fait au nom de Lake Joseph Centre d'INCA)** : [ ]

**Carte de crédit**: [ ]   **(Veuillez remplir les cases ci-dessous.)**

Type de carte

Nom inscrit sur la carte :

Numéro de la carte :

Date d’expiration (MM/AA)

3 chiffres de sécurité :

**J’autorise par la présente INCA à prélever** (inscrire le montant)     **$** de la carte de crédit ci-dessus.

**Signature électronique du titulaire de la carte :**

**Date** (jj-mm-aaaa):

\*Comme **les places sont limitées,** nous prioriserons les inscriptions complètes incluant les paiements qui nous seront transmis **avant le 12 avril 2019.**

**Nota : Les chèques ou cartes de crédit avec insuffisance de fonds entraîneront des frais de 35 $.** Tout frais accessoire comme les dommages matériels à la chambre, les fournitures médicales, etc. encourus par le campeur seront imputés à la carte de crédit ci-dessus.

**Faire parvenir l’inscription dûment remplie à :**

Laetitia Larabi

Administratrice HUB, INCA Québec

Courriel **:** **laetitia.larabi@inca.ca**

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ET DE RENONCIATION**

**Centre Lake Joseph d’INCA, MacTier (Ontario)**

Je,

consent à ce que mon enfant

participe au programme du Centre Lake Joseph de L’Institut national canadien pour les aveugles (INCA) qui aura lieu du      au

**Général**

Je sais que le transport vers le Centre Lake Joseph d'INCA sera offert à partir de l'aéroport de Toronto dans le cadre de ce programme et que le personnel d’INCA pourrait devoir me transporter ou transporter mon enfant dans un véhicule appartenant à INCA.

Je comprends et accepte qu’en participant ou en faisant en sorte que mon enfant participe à ce programme, je, il ou elle risque de subir des pertes, des dommages, des blessures (y compris la mort) ou d’encourir des dépenses. En contrepartie de la permission que m’accorde INCA de participer ou de faire en sorte que mon enfant participe au programme mentionné ci-haut, j’accepte d’exonérer INCA de toute responsabilité, et je dégage de ce fait INCA, ses partenaires, ses associés, ses dirigeants, ses employés et ses bénévoles de toute perte, de tout dommage ou de toute blessure que je pourrais subir ou que mon enfant pourrait subir ainsi que de toute dépense que je pourrais encourir ou que mon enfant pourrait encourir, tous ces événements pouvant être occasionnés par quelque cause que ce soit.

**Assurance soins médicaux**

Si, lors de ces excursions, mon enfant devait recevoir des traitements médicaux et qu’il vous était impossible de me joindre, j’autorise par la présente INCA à utiliser son bon jugement pour obtenir des services médicaux pour mon enfant et j’autorise le médecin choisi par INCA à fournir à mon enfant les traitements médicaux que ce dernier juge nécessaires et appropriés.

**En signant le présent formulaire, je certifie que je l’ai lu attentivement et que je le comprends bien. Je signe par ailleurs ce document de bon gré.**

Si un invité est âgé de moins de 18 ans, le formulaire de renonciation doit être signé par un parent ou tuteur.

**Signature du parent ou du tuteur** :

**Numéro de téléphone**:

**Date****:**

 FORMULAIRE DE CONSENTEMENT – MATÉRIEL PROMOTIONNEL - INDIVIDUS

**Objectif — Acquérir du matériel promotionnel pour aider à faire connaître notre mission caritative et à sensibiliser le grand public aux programmes et services que nous offrons à nos clients et à la collectivité.**

COORDONNÉES

Prénom :

Nom de famille :

No de tél. :

Courriel :

Adresse :

AUTORISATION

• Je comprends que je (ou mon enfant) fournis du matériel promotionnel à INCA, un organisme de bienfaisance sans but lucratif.

• Je comprends qu’en consacrant mon temps (ou celui de mon enfant) à INCA je ne recevrai aucune compensation financière pour ma participation à quelque activité promotionnelle que ce soit.

• Je consens à ce que des renseignements me concernant ou concernant mon enfant ainsi que des photographies, des vidéos ou des enregistrements sonores de ma personne ou de mon enfant (« matériel promotionnel ») soient utilisés par INCA.

• Je consens à ce que le matériel soit en tout ou en partie publié dans un ou plusieurs des médias offerts ou à être à l’avenir offerts, y compris, sans toutefois s’y limiter, l’imprimé, la transmission électronique, la bande vidéo, le CD-ROM et les médias électroniques ou en ligne.

• Je consens à ce que le matériel promotionnel soit présenté au personnel professionnel concerné et au grand public.

• Je comprends que cette entente ne comporte aucune date d’expiration.

• Je comprends que je peux retirer mon consentement et annuler cette entente en tout temps en communiquant avec la personne dont le nom est inscrit ci-dessous.

**Je suis d’accord avec les énoncés inscrits ci-dessus et confirme mon consentement en apposant ma signature ci-après.**

Signature électronique:

Date :

**Veuillez retourner ce formulaire d'inscription complété à l'ordinateur à :**

Laetitia Larabi, Administratrice HUB

INCA Québec

par courriel à : **laetitia.larabi@inca.ca**.

Si vous avez des questions téléphonez au 1 800 465-4622 p.224