

DOSSIER DU CAMPEUR

(À RETOURNER)

**NOUVELLE
PHOTO**

OBLIGATOIRE

**Si n'est pas fournie,
des frais vous serons
facturés.**

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

NOM DU CAMPEUR : _____
(en lettres moulées S.V.P.)

Sexe : Masculin Féminin

Date de Naissance : _____ / _____ / _____
jj mm aaaa

1- *Le campeur a-t-il une expérience de groupe ?* Oui _____ Non _____

2- *Le campeur est-il à sa première expérience de camp ?* Oui _____ Non _____

Si non, spécifier?

Dates/années : _____ *Nom du camp :* _____

3- *Religion :* _____

Y a-t-il des particularités à considérer en regard de la religion du campeur? Oui _____ Non _____

4- *Le campeur est-il fumeur ?* Oui _____ Non _____

5- *Le campeur a-t-il des amis (es) habitant avec lui, qui viendront au camp pour les mêmes périodes de vacances que lui?* Oui _____ Non _____

Si oui? Nom : _____ *Âge :* _____
_____ *Âge :* _____
_____ *Âge :* _____

6- *Le campeur doit-il être dans le même groupe que ses amis (es) habitants avec lui, qui viendront au camp pour les mêmes périodes de vacances que lui?*

Oui _____ Non _____ Pas d'importance _____

7- *Présente-t-il des problèmes de comportement avec ses amis (es)?* Oui _____ Non _____

Si oui, lesquels? _____

8- *Le personnel moniteur est autorisé à organiser des sorties d'activités à l'extérieur du camp de vacances s'il y a lieu avec les campeurs. Si vous avez des contre-indications, veuillez le mentionner, ici :* _____

NOM DU CAMPEUR :

(en lettres moulées S.V.P.)

OBLIGATOIRES : Veuillez prendre note que les renseignements demandés sur cette page, nous sont et uniquement pour des fins de composition de sous-groupes, pour l'organisation de nos activités de plein air et pour le bien-être de chaque campeur.

À TENIR COMPTE :

Portrait du campeur...	Bonne	Moyenne	Passable	Difficile
Adaptation à un nouveau milieu :	_____	_____	_____	_____
Endurance physique et condition musculaire:	_____	_____	_____	_____
Participation aux activités de groupe :	_____	_____	_____	_____
Sportive :	_____	_____	_____	_____
Excursions :	_____	_____	_____	_____
Bricolages :	_____	_____	_____	_____
Jeux d`adresse :	_____	_____	_____	_____
Aquatique :	_____	_____	_____	_____
Participation aux activités en général	_____	_____	_____	_____
Autre... Précisez : _____	_____	_____	_____	_____

COMPORTEMENT : Le campeur a-t`il des problèmes de comportement qui devraient être connus?

	Oui	Non	Quelquefois
Agitation (possible) :	_____	_____	_____
Agressivité (possible) :	_____	_____	_____
Tendance à mentir :	_____	_____	_____
Tendance à voler :	_____	_____	_____
Tendance à l'isolement :	_____	_____	_____
Tendance à la fugue	_____	_____	_____
Manque d'orientation :	_____	_____	_____
Autre... Précisez : _____	_____	_____	_____

Lors de mon premier contact avec quelqu'un il est préférable : _____

De nature générale :

Actif <input type="checkbox"/> ou Passif <input type="checkbox"/>	Pardon <input type="checkbox"/> ou Revenge <input type="checkbox"/>
Patient <input type="checkbox"/> ou Impatient <input type="checkbox"/>	Rebelle <input type="checkbox"/> ou Docile <input type="checkbox"/>
Calme <input type="checkbox"/> ou Agité <input type="checkbox"/>	Passionné <input type="checkbox"/> ou Indifférent <input type="checkbox"/>
Solitaire <input type="checkbox"/> ou Groupé <input type="checkbox"/>	Doux <input type="checkbox"/> ou Brusque <input type="checkbox"/>

Que fait-il (elle) quand il (elle) est content(e)?

Exagération du besoin d'attention? : Oui Non si oui, Fort Faible
Expliquez: _____

AUTONOMIE GLOBALE

	Tout seul	Avec aide	Non
Peut-il marcher?	_____	_____	_____
Peut-il courir?	_____	_____	_____
Peut-il voir à son hygiène personnelle ?	_____	_____	_____
Peut-il s'occuper de ses effets personnels ?	_____	_____	_____
Peut-il manger seul?	_____	_____	_____
Peut-il s'habiller seul ?	_____	_____	_____
Peut-il nager?	_____	_____	_____
Peut-il exprimer ses besoins ?	Oui _____	_____	Non _____
Peut-il comprendre les consignes ?	Oui _____	_____	Non _____

NOM DU CAMPEUR : _____

(en lettres moulées S.V.P.)

Il est très important de donner les renseignements demandés.

Pour faciliter nos rapports avec le campeur, veuillez inscrire vos commentaires sur le comportement, les attitudes et les intérêts du campeur :

Mes activités préférées : _____

Les activités que je dois éviter de faire : _____

Mes habitudes sont : _____

Mes mauvaises habitudes sont : _____

Mes réactions en état de stress ? _____

Qu'est-ce qui le (la) calme? _____

Que fait-il (elle) quand il (elle) est contrarié(e)? _____

Que lui dites-vous en cas de crise ? _____

Suivi du comportement sur le camp : Intervention souhaitable en cas de problèmes majeurs

Pourrait-il s'automutiler ou attaquer quelque d'autres lorsqu'il (elle) contrarié(e) ? Oui _____ Non _____

Si oui, précisez : _____

Veuillez inscrire vos commentaires sur le comportement : _____

** Suite à une intervention majeure de l'équipe d'animation, le responsable du camp communiquera avec les parents ou autres responsables du campeur.*

** **REMARQUE** : Un campeur qui présente des difficultés d'adaptation à la vie de camp et qui par ses attitudes porterait un risque de désorganisation dans son groupe ou sur sa propre personne sera retiré de la vie de camp et retourné chez lui. Ceci à ses frais ou aux frais de son responsable, selon les dépenses occasionnées dû à cette situation (dite à risque).*

Signature du Parent (tuteur) : _____

Nom, prénom : _____ **Date :** _____

(en lettres moulées S.V.P.)

NOM DU CAMPEUR : _____

(en lettres moulées S.V.P.)

À TENIR COMPTE :

HYGIÈNE : *Autonome :* Oui Non *Supervision :* Oui Non

DOUCHE : Oui Non **BAIN :** Oui Non

Peut-il se laver seul(e) ? Oui Non *Avec aide*

Si c'est un Non, doit-on le faire pour lui *ou doit-on lui rappeler les étapes*

SPÉCIFIEZ : _____

Brosse-t-il ses dents seul Oui Non *Avec aide*

Prothèse dentaire (haut, bas ou les 2) Oui Non *Spécifiez* _____

Fait-il sa barbe seul Oui Non *Avec Aide* *Ne s'applique pas*

Si oui spécifiez : à main *ou électrique*

Peut-elle changer ses serviettes sanitaires seule? Oui Non *Avec aide* *Ne s'applique pas*

Peut-il s'habiller seul(e) Oui Non *Avec aide*

Est-il capable de savoir comment s'habiller selon la température? Oui Non

Problème visuel : Oui Non *Spécifiez : lunettes* *ou lentilles*

Problème auditif (1 ou 2 appareils) : Oui Non *Droit* *Gauche*

Si oui vérifier que les piles soient en bon fonctionnement et que les consignes d'utilisation et de nettoyage de l'appareil du client soient fournies.

INCONTINENCE : _____

Je vais à la toilette seul(e) : Oui Non

Je contrôle : *mon urine* Oui Non *mes selles* Oui Non *Besoin d'un rappel* Oui Non

INCONTINENCE ? Oui Non *Urinaire ?* Oui Non *Intestinale ?* Oui Non

Culottes d'incontinence Oui Non :

À quel moment doit-il le porter ? *Toute la journée* *Juste de nuit*

Quel est la fréquence de changement de culotte ? *Nombre de fois par jour* _____

** Peut-il changer sa culotte seul ?* Oui Non

A-t' il besoin d'un rappel Oui Non

NOM DU CAMPEUR : _____

(en lettres moulées S.V.P.)

PROBLÈMES INTESTINAUX : *Oui* *Non* *Constipation* *Diarrhée*

ÉLIMINATION : *Fréquence par jour* _____ *Moment de la journée* _____

Spécifiez : _____

ALIMENTATION : _____

Peut-il manger seul(e) *Oui* *Non* *Avec aide* / *Partielle* *Complète*

Appétit : *Très bonne* *Bonne* *Moyen* *Petit*

Faut-il me répéter de manger lentement ? : *Oui* *Non*

A-t'il une diète spéciale ? : *Normale* *Hachée* *Purée*

Si aucune de ses réponses, Spécifiez : _____

A-t-il besoin d'épaississement des liquides ? : *Oui* *Non*

Faut-il me couper mes aliments en petits morceaux ? : *Oui* *Non*

**** Le campeur peut-il boire du café ?** *Oui* *Non*

Mes mets préférés sont : _____

Est-il difficile : *Oui* *Non*

Le campeur n'aime pas certain mets ? : *Oui* *Non*

Spécifiez : _____

A-t-il des allergies aux arachides ? *Oui* *Non*

Ou autre allergie alimentaires, si oui Précisez : _____

A-t-il un épipen ? : *Oui* *Non*

A-t-il des intolérances ? *Oui* *Non*

Si oui Précisez : _____

Qu'elles sont ces malaises causés par son intolérance :

Précisez : _____

NOM DU CAMPEUR : _____

(en lettres moulées S.V.P.)

SÉCURITÉ & DÉPLACEMENT:

Je me déplace seul(e) **ou** ***Avec de l'aide***

Peut-il marcher ? Précisez : ***Canne*** ***Marchette*** ***Prothèse adaptée***

_____ ***Fauteuil roulant*** ***Manuel*** ***Électrique***

Est-ce que l'utilisation du lève personne est nécessaire: ***Oui*** ***Non***

A-t'il besoin de soins particuliers concernant les déplacements et positionnements: ***Oui*** ***Non***

Spécifiez : _____

Spécifiez la marche : _____

Marche de façon constante ? : ***Oui*** ***Non***

Courte distance **ou** ***Longue distance***

Est-il endurant ? ***Oui*** ***Non***

Si oui spécifiez: ***Peu*** **ou** ***très peu***

Peut-il marcher sur un terrain accidenté ***Oui*** ***Non***

Est-il capable de monter escaliers ***Oui*** ***Non***

Si c'est non spécifiez : _____

Est-il capable de monter dans une échelle pour lit 2 étages ***Oui*** ***Non***

Peut-il courir? ***Oui*** ***Non*** ***Avec aide***

Peut-il nager ? ***Oui*** ***Non*** ***Avec aide***

A-t-il (elle) des peurs? _____

Comment réagit-il ? (elle) _____

Pour me sécuriser ? _____

A-t-il (elle) des notions de danger ? : ***Oui*** ***Non***

Si c'est non spécifiez : _____

NOM DU CAMPEUR : _____

(en lettres moulées S.V.P.)

Communication & Langage:

Mon «parlé» est Très Moyennement ou Peu Compréhensible

As t'il des problèmes d'élocution ? Oui Non

Utilise-t-il le langage des mains ? Oui Non

Est-il capable de lire sur les lèvres? Oui Non

Utilise-t-il un pictogramme? Oui Non

Si oui, est-ce possible de l'apporter, c'est dans l'intérêt du campeur pour faciliter la communication entre le campeur et le personnel de son camp de vacances !

Forces & passes temps :

Ce qu'il (elle) aime ? _____

Ce qu'il (elle) n'aime pas ? _____

Où et dans quoi est-il (elle) bon(ne) ? _____

SOMMEIL:

* **Le campeur a-t'il besoin d'une surveillance particulière pour la nuit? Oui Non**

Si oui____ Spécifiez : _____

* **Le campeur dort-il bien? Oui Non**

Heure du coucher : _____ **Heure du lever :** _____

La nuit, je me lève : Souvent Occasionnellement Jamais

La nuit, je me lève pour aller à la toilette : Souvent Occasionnellement Jamais

Somnambule? Oui Non Spécifiez _____

MÉDICATION :

Je prends des médicaments: Oui Non Avec eau Avec purée (compote/yogourt)

Je prends la pilule anticonceptionnelle : Oui Non Ne s'applique pas

J'utilise certaine crème : Oui Non

Applicable sur quelle partie de mon corps, précisez: _____

NOM DU CAMPEUR : _____

(en lettres moulées S.V.P.)

DIAGNOSTIQUE(S) DU CAMPEUR(EUSE): _____

TYPE DE DÉFICIENCE :

Légère

Moyenne

Profonde

Précisez le type de déficience : _____

Ratio d'encadrement :

1/1

1/2

1/3

1/4

1/5

1/6

Le campeur souffre-t-il :

-D'asthme Oui Non Pompe _____ Spécifiez sorte(s) : _____

Matin Midi Souper Coucher

-Diabète Oui Non Insuline _____ Matin Midi Souper Coucher

Comprimé _____ Matin Midi Souper Coucher

-Besoin de prendre glycémie : Oui Non Matin Midi Souper Coucher

-Hépatite Oui Non Spécifiez le type : _____

-Épilepsie Oui Non Date de la dernière crise : ____/____/____

Absence ou Convulsion

jj / mm / aaaa

Préciser les symptômes indicateurs d'une possible crise _____

Préciser le comportement lors de la crise _____

-Parkinson Oui Non

-Problème cardiaque ♥ Oui Non

-Déjà connu d'un infarctus: Oui Non

Fait-il encore des crises d'angine (douleur cardiaque) Oui Non

As t'il de la Nitro au besoin Oui Non

-Problème avec pression artérielle Oui Non

Spécifiez : -Haute pression ou basse pression

-Contrôler ou pas ? Spécifiez : _____

Dernière hospitalisation : _____ durée : _____

-ALLERGIES Oui Non

-Animaux Oui Non Spécifiez : _____

-Pénicilline Oui Non

-Autre médicament Oui Non Spécifiez : _____

Précisez le ou les allergies : _____

À SIGNER SI LE CAMPEUR A UNE DOSE D'ADRÉNALINE

Par la présente, j'autorise les personnes désignées par le camp à administrer selon le besoin en cas d'urgence, la dose d'adrénaline _____ au campeur.

SIGNATURE DU RESPONSABLE X _____

Date : ____/____/____

jj / mm / aaaa

Il est très important de donner les renseignements demandés pour faciliter nos relations et le bien-être du campeur ☺

Autres particularités en santé : _____

AUTRES ... :

Peut-il voir à ses effets personnels ? Oui Non

Peut-il gérer son argent de poche ? Oui Non

À SURVEILLER : _____

Veillez fournir toute information supplémentaire (habitudes acquises, comportements, sexualité à surveiller etc.) susceptible d'aider les moniteurs à assurer un meilleur séjour au campeur.

SIGNATURE DU RESPONSABLE X _____

Date : ____/____/____

Autorisation matériel publicitaire: *L'employé(e) _____ autorise le Domaine des Prés d'Or, l'Association des camps du Québec ou ses mandataires à prendre des photos et (ou) des films sur les activités pendant la durée de son contrat, à se servir de ce matériel en tout ou en partie à des fins publicitaires, telles brochures, revues, journaux, télévision etc. Tout le matériel utilisé demeurera la propriété du Domaine des Prés d'Or ou de l'Association des camps du Québec. En foi de quoi les parties ont signés, en deux copies, aux dates et lieux mentionnés au début contrat de travail.*

Signé à _____ Lac des Iles ce _____ X

Signature de _____
l'employé(e) _____: