



INSCRIPTION 2027



RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

(À RETOURNER)

Date du ou des séjour(s) : _____

Nom: _____ Prénom: _____

Adresse: _____

Ville: _____ Code Postal: _____

Tél.: () _____ Cellulaire : () _____

Courriel : _____

Adresse de retour des documents : même ☐ si différente : _____

Nom du père ou mère _____ Téléphone () _____

Ou Tuteur (trice) _____ Téléphone () _____

Nom du responsable à la résidence: _____ Téléphone () _____

Responsable à la curatelle: _____ Téléphone () _____ poste _____

Ce document a été complété par: Parent ☐ Médecin ☐ Tuteur ☐ Autre spécifiez _____ ☐
Complété le ____/____/____ Éducateur ☐ Intervenant ☐ Travailleur Social ☐

Avec quel Centre de Réadaptation faites-vous affaire :

☐ C.R.D.I. Montréal. tél. : () _____ poste _____ Personnes ress. : _____

☐ DIVISION : _____ no de fax ou courriel : _____

☐ C.R.D.I. Laval. tél. : () _____ poste _____ Personnes ress. : _____

☐ Normand Laramé tél. : () _____ Personnes ress. : _____

☐ Lisette Dupras tél. : () _____ poste _____ Personnes ress. : _____

☐ L'Intégrale tél. : () _____ Personnes ress. : _____

☐ Le Flores tél. : () _____ Personnes ress. : _____

☐ Autres : tél. : () _____ Personnes ress. : _____

Indiquer # de poste s'il y a lieu : _____ Spécifiez si autres : _____

Veuillez indiquer le numéro du Cadre de garde de nuit s'il y a lieu : _____

* IMPORTANT * COORDONNÉES DE DEUX PERSONNES À REJOINDRE EN CAS D'URGENCE :

1) NOM : _____ 2) NOM : _____

TÉLÉPHONE : _____ Téléphone : _____

Travail : _____ Travail : _____

Cellulaire : _____ Cellulaire : _____

Lien avec le campeur : _____ Lien avec le campeur : _____

ADRESSE DE RETOUR DE LA FACTURE :

Adresse : _____

Ville : _____ Prov : _____ C.P. _____

TÉLÉPHONE _____ Personne ressource: _____

IMPORTANT : # de dossier à la curatelle s'il y a lieu : _____

2027

S.v.p. spécifier si un changement de santé, de capacité physique, ou cognitif ou de comportement depuis le dernier séjour au camp du Domaine des Prés d'Or, ou toute autres informations pertinentes s'il y a lieu:

Cognitif (notamment la mémoire, l'attention, et le langage)

Incontinence (urinaire et/ou fécale)_____ Besoin de rappel seulement _____ à quel moment ?

Culotte jour _____ nuit _____ Quelle fréquence la changer _____

Nouveau comportement (expliquez) Évènement affectant (expliquez)

Nouvelle peur ou crainte (expliquez) Nouvelle perte d'autonomie (expliquez)

**Changement au niveau de l'alimentation (ex : couper en petit morceaux, nouvelle texture d'aliment)
(Expliquez)**

Utilisation de liquide épaississant: Oui ☐ Non ☐ LA CONSISTANCE ? NECTAR ☐ MIEL ☐ POUDING ☐ *** (vous devez fournir le produit épaississant)**

Nouvelle appareillage (lunette, appareil auditif, cpap, ect.) _____

Si oui expliquez: _____

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

Il est de votre devoir de nous informer de tous changements de comportement ou de santé ou de médication depuis son dernier camp ou entre l'inscription et l'arrivée du campeur.

Signature du responsable: _____

Date: _____

À retourner