



*55, rue Dupras, local 511
LaSalle QC H8R 4A8
Tél.: 514-367-3757
Fax: 514-367-0444*

**Corporation
L'Espoir**

**Répit
Fin de
semaine**

Ville-Émard

**Formulaire
du participant
au répit**

CONSERVEZ LES PAGES 1 À 3 POUR RÉFÉRENCE

POUR L'INSCRIPTION, NOUS DEVONS RETROUVER DANS VOTRE ENVOI :

- ✓ Le formulaire du participant au répit rempli.
- ✓ Le formulaire d'inscription annuel rempli avec une photo du participant.
- ✓ Votre renouvellement d'adhésion annuel au montant de 25\$.
- ✓ Votre paiement d'inscription au répit de 250\$/fin de semaine.

*Si paiement par chèque, merci d'identifier le nom du membre sur le chèque.

- Poster les documents dûment rempli à l'adresse suivante :

Corporation L'Espoir / Répit fin de semaine

55, rue Dupras, local 511

LaSalle, Québec, H8R 4A8

- Ou remettre les documents en personne au répit.

VEUILLEZ PRENDRE CONNAISSANCE DES INFORMATIONS SUIVANTES

TRANSPORT :

Le transport doit être assuré par les parents ou par le transport adapté (arrivée pour 18h30 le vendredi, départ pour 16h00 le dimanche).

POLITIQUE DE REMBOURSEMENT :

Un remboursement complet sera fait jusqu'à deux semaines avant la fin de semaine de répit. Passé cette date, un montant de 50% vous sera remis en cas d'annulation. Aucun remboursement ne sera fait si votre enfant demeure à la maison pour une gastro ou de la fièvre, ou s'il doit quitter plus tôt.

ALLERGIES:

Aucune nourriture venant de l'extérieur n'est permise sur place. Pour toute exception, veuillez communiquer au préalable avec la coordination au 438-888-1628.

MÉDICATION :

Il est obligatoire que le membre ait en sa possession sa médication sous forme de dispill. Le dispill sera remis au responsable en vue de l'administrer au participant.

MODIFICATION D'INSCRIPTION :

Une modification d'inscription doit être faite 2 semaines à l'avance. Nous ne pouvons vous assurer de répondre à votre demande.

COMMUNICATIONS:

Si vous avez besoin de clarifications ou pour inscription au répit, veuillez contacter la coordination au **438-888-1628**.

Pour toutes questions relatives au paiement veuillez contacter Martine Rainville au 514-367-5614.

POLITIQUE DE RETARD:

À compter de 16h30 le dimanche, chaque tranche de 5 minutes sera facturé au coût de 5,00\$.

AUTORISATION DE DÉPART:

Vous êtes priés de fournir une autorisation de départ seul si personne ne vient chercher le participant. Aucune personne ne pourra quitter seule le répit sans cette autorisation. Notez que nous ne sommes pas responsables des déplacements des participants en dehors des heures de la fin de semaine de répit.

COMPORTEMENT AGRESSIF:

Tout comportement agressif, après évaluation des coordonnateurs, peut être sanctionné par une suspension ou expulsion. Nous nous réservons également le droit de restreindre l'accessibilité au service en fonction de la situation. Toute sanction, mesure disciplinaire ou expulsion sera traitée selon la situation en collaboration avec la famille, la direction et l'équipe d'intervenants concernés.

PERSONNE À CONTACTER :

Une personne doit être disponible en tout temps durant la fin de semaine (parent ou personne désignée à l'avance) pour venir chercher le participant en cas d'urgence. Il est de votre devoir de vous assurer de la disponibilité de la personne et de nous transmettre ses coordonnées.

PROCÉDURE D'AVERTISSEMENT:

- Un premier avertissement verbal est fait au participant et annoté au dossier. Une entente entre l'intervenant et le participant est effectuée et le parent /responsable est avisé.
- Un deuxième avertissement se fait par écrit en relatant l'événement et est porté au dossier. Une mise en garde est faite aux parents/responsables mentionnant le risque de suspension sans remboursement.
- Au troisième avertissement écrit, avec l'autorisation de la direction, le participant est expulsé pour la fin de semaine en cours. Le parent est tenu de venir chercher son enfant.
- Au quatrième avertissement, avec l'autorisation de la direction, le participant sera expulsé jusqu'à une réévaluation de la condition de celui-ci avec documents à l'appui fournis par un professeur, un éducateur ou un professionnel.

MALADIE CONTAGIEUSE :

Pour des raisons de sécurité et pour assurer le bien-être de tous, la coordination se donne le droit de retourner un participant lors de maladie contagieuse (gastro, fièvre) à la maison.

Nous vous remercions de votre contribution au bon fonctionnement de notre répit de fin de semaine et comptons sur votre habituelle collaboration.

Merci de votre confiance !

L'équipe du répit

INFORMATION SUR LE PARTICIPANT

Nom du participant: _____

Adresse: _____

Âge: _____

Nom de la mère : _____

Nom du père : _____

Tel. Domicile: _____

Tel. Travail: _____

Tel. Cellulaire _____

Autre personne en cas d'urgence : (Obligatoire)

Nom : _____

Téléphone d'Urgence: _____

OPTIONNEL Si le répit doit être facturé (à la Curatelle, CIUSSS, Centre de réadaptation),

Veillez remplir les informations suivantes :

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT: _____

NOM DU RESPONSABLE DU DOSSIER: _____

ADRESSE: _____

TÉLÉPHONE: _____ FAX : _____

OPTIONNEL Voulez-vous recevoir un relevé 24 (frais de garde pour enfant) en janvier 2021 pour vos impôts de l'année 2020 ?

NOM: _____

ADRESSE: _____

NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE: _____

Si vous remplissez cette section veuillez noter qu'aucun autre reçu ne sera émis.

SANTÉ	OUI	NON	Commentaires
Quel est le diagnostic médical du participant ? (déficience intellectuelle / trouble du spectre de l'autisme / ...)			
Est-il épileptique ? Si oui, précisez quel type de crise ? Si oui, l'épilepsie est-elle contrôlée ?			
A-t-il des problèmes de santé ? (diabète, diète spéciale, asthme...)			
A-t-il des limitations physiques, visuelles ou auditives ? Si oui, lesquelles ?			
A-t-il des prothèses, orthèses ou autre ?			
Est-il porteur d'une maladie chronique transmissible (hépatite,...)? (Réponse optionnelle)			

SOCIAL	OUI	NON	Commentaires
Quelle langue parle-t-il? (français, anglais,...)			
Est-il capable de comprendre des consignes? (simple ou complexe)			
Communique-t-il avec ses pairs?			
Joue-t-il avec ses pairs?			
Partage-t-il les jeux avec les autres?			
A-t-il des problèmes de comportement ? (hyperactivité, crise, fugue, agressivité)			
Reconnaît-il le danger ?			
A-t-il des peurs ?			

A-t-il des comportements sexuels dérangeants ? Si oui, lesquels et à quelle fréquence ?			
Que fait-il quand on lui refuse quelque chose ?			

Au mieux de votre connaissance, quelles raisons pourraient expliquer ses crises, s'il y a lieu ?

Raisons possibles	Son comportement	Votre intervention

AUTONOMIE	OUI	NON	Commentaires
A-t-il besoin d'aide pour s'habiller?			
Reconnait-il ses effets personnels ?			
Est-il capable de demander de l'aide ?			
Reste-t-il assis pendant 5 minutes ?			
Y a-t-il des mouvements qui lui sont impossibles ? Si oui lesquels ?			
A-t-il besoin d'aide pour monter / descendre des escaliers ?			
Porte-t-il des choses à sa bouche ?			

HYGIÈNE	OUI	NON	Commentaires
Est-il incontinent (porte-t-il des couches, pull-up...) ? Si oui, durant la journée ? La nuit ? Précisez.			
A-t-il besoin d'aide à la toilette? Si oui, quel type d'assistance?			
A-t-elle ses menstruations? Si oui, a-t-elle besoin d'aide pour son hygiène?			
Préfère-t-il des bains ou des douches ? À quelle fréquence se lave-t-il?			
Prend-il seul sa douche/son bain ? Si non, de quel type d'assistance a-t-il besoin?			
Doit-on lui laver les cheveux ? Si oui, à quelle fréquence ?			

REPAS / NOURRITURE	OUI	NON	Commentaires
A-t-il besoin d'aide pour manger et boire?			
A-t-il des allergies ? Intolérances ? Si oui lesquelles ?			IMPORTANT
A-t-il un régime alimentaire particulier ? (végétarien, sans porc, ...)			
Va-t-il demander à manger fréquemment en dehors des heures de repas ou pendant la nuit ?			
Au moment des repas, pourrait-il essayer de prendre la nourriture dans l'assiette de son voisin de table ?			
Mange-t-il très lentement, normalement ou rapidement ? Précisez.			

COUCHER / NUIT	OUI	NON	Commentaires
A quelle heure se couche-t-il normalement ?			
A-t-il un rituel particulier pour le coucher ?			
Pour les enfants / jeunes : dort-il avec une doudou, un toutou ?			
Porte-t-il des protections (couches) la nuit ? Si oui faut-il la changer pendant la nuit ?			
A-t-il l'habitude de se réveiller dans la nuit (Ex : Pour aller aux toilettes)? Si oui, a-t-il besoin d'assistance ?			
A-t-il peur du noir ? Si oui, veut-il de la lumière ?			
Veut-il dormir la porte fermée ?			
Ronfle-t-il ? (apnée du sommeil, bruits durant la nuit)			

Peut-il dormir dans une chambre avec un autre participant ?			
Si le participant dort seul, est-il nécessaire qu'un intervenant dorme dans la chambre avec lui ?			
S'endort-il facilement ?			
S'il ne s'endort pas facilement, qu'est-ce qui l'aide ?			

LEVER	OUI	NON	Commentaires
À quelle heure se réveille-t-il en général les fins de semaine ?			
A-t-il une routine particulière ?			
Se réveille-t-il tout seul ? Si non, à quelle heure faut-il le réveiller ?			

ACTIVITES INTÉRIEURES	OUI	NON	Commentaires
A-t-il certaines restrictions par rapport à des activités ?			
Peut-il utiliser des feutres et crayons de couleurs ?			
Peut-il utiliser un ciseau ?			
Peut-il écouter un film ?			
Quelles sont ses activités intérieures préférées ?			

TRANSPORT	OUI	NON	Commentaires
Fait-il seul ses trajets?			
Utilise-t-il le transport adapté ? Si oui, inscrire le numéro du dossier (obligatoire)			no. transport adapté : _____
Utilise-t-il une carte Opus ou des billets?			
Heure d'arrivée prévue? (à partir du vendredi 18h30)			
Le participant sera-t-il conduit par un parent ou un ami pour aller au répit ? Si oui, précisez nom et numéro de téléphone de la personne.			

ACTIVITES EXTÉRIEURES	OUI	NON	Commentaires
Joue-t-il au parc? Si oui, précisez ce qu'il aime.			
Aime-t-il se balancer? Si oui, a-t-il besoin d'aide?			
Peut-il faire des sorties ? Si oui, combien de temps maximum avant d'être fatigué ou de vouloir rentrer ?			
Sait-il nager? Si non, a-t-il besoin d'une veste de flottaison?			
A-t-il une carte VATL (Vignette d'accompagnement touristique et de loisir) ?			
Quelles sont ses activités extérieures préférées ?			

MÉDICAMENTS	OUI	NON	Commentaires
Le participant prend-il des médicaments ? Si oui, spécifiez la méthode de prise (Ex : le participant le prend seul avec un verre d'eau, avec de l'aide dans de la nourriture?)			
Prend-il ses médicaments seul ?			

TOUS LES MÉDICAMENTS DEVRONT ÊTRE REMIS A LA COORDINATION

Pour la sécurité de tous dans le cadre de notre répit, nous voulons vous mentionner qu'il est **obligatoire de nous informer de toute médication que le participant s'est vu prescrire qu'elle soit auto-administrée ou non. Le tableau *Liste de la médication* dans le formulaire d'inscription annuel doit OBLIGATOIREMENT être rempli.** Le but de cette procédure est de s'assurer que nous détenons toute l'information pertinente à transmettre aux corps médicaux advenant une urgence.

Il est obligatoire que le membre ait en sa possession sa médication sous forme de dispill. Le dispill sera remis au responsable en vue de l'administrer au participant.

Veuillez indiquer également la fréquence à laquelle la médication doit être prise. N'oubliez pas de signer l'autorisation si ce n'est pas déjà fait. Vous devez également nous avvertir de tout changement dans l'état de santé de votre enfant.

Merci de votre collaboration.

DÉSISTEMENT DE RESPONSABILITÉS
Veillez remplir SEULEMENT l'option qui correspond à votre situation

Option 1

ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS PAR LE PERSONNEL DU RÉPIT

J'autorise les coordonnateurs du répit 2020 à administrer le médicament tel qu'indiqué dans les instructions ci-jointes à _____.
(nom du participant)

De plus, je dégage les responsables ainsi que la Corporation L'Espoir de toute responsabilité concernant les conséquences de l'administration des médicaments mentionnés dans la fiche d'inscription du participant à la fréquence et à la dose indiquées.

Date

Signature du parent ou responsable

Option 2

AUTO-ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS

La Corporation L'Espoir a établi une politique concernant les médicaments des personnes qui fréquentent le programme de répit. Tous les médicaments seront mis sous clé et seront conservés par les responsables, et ce jusqu'à ce que le médicament soit administré.

Si vous désirez que le participant conserve avec lui ses doses de médicament, veuillez signer cette feuille afin que le personnel du répit ne soit pas tenu responsable de ce choix. Notez que nous ne sommes pas responsables des pertes ou vol de médicaments.

Je désire que _____
(nom du participant)

garde ses médicaments avec lui à chaque jour et qu'il les prenne seul, sans supervision des responsables.

Date

Signature du parent ou responsable

AUTORISATIONS CRÈME SOLAIRE

J'autorise les intervenants du répit à appliquer de la crème solaire, advenant le cas où le participant n'a pas sa crème solaire tel qu'indiqué dans les instructions ci-jointes, à

_____ (nom du participant)

De plus, je dégage les personnes susmentionnées ainsi que la Corporation L'Espoir de toute responsabilité concernant les conséquences de l'application de la crème solaire afin d'éviter les coups de soleil.

Advenant le refus de signer la présente autorisation, nous nous réservons le droit encore de refuser sa participation à une activité et/ou sortie extérieure.

_____ Signature du parent ou responsable

AUTORISATION DE SORTIES RÉPIT

J'autorise _____ (nom du participant)

à participer à toutes les sorties organisées durant les fin de semaines où le participant fréquentera le répit. Si pour une raison quelconque je ne veux pas qu'il aille à une sortie planifiée, j'en informerai le répit le plus tôt possible et le garderai à la maison.

_____ Signature du parent ou responsable

AUTORISATION ACTIVITÉS CULINAIRES

La présente est pour vous aviser que nous avons des activités culinaires dans la programmation de notre répit.

Afin de nous assurer de la sécurité de nos participants, nous vous demandons de nous indiquer s'il y a des contraintes alimentaires telles que des allergies ou intolérances.

Si vous avez des restrictions, veuillez-nous le mentionner, par téléphone au 438-888-1628 ou par un mot écrit avec signature. La signature de cette feuille atteste votre autorisation à l'activité.

Nom du participant : _____

_____ Signature du parent ou responsable

RESPECT DES POLITIQUES 2020

Je comprends les politiques suivantes (en page 1 à 3):

Transports
Remboursements
Retards
Avertissements

Je déclare que toute l'information sur le participant est véridique et exacte. J'ai pris connaissance des politiques et je m'engage à les respecter.

Signature du parent ou responsable : _____

Date: _____