



Formulaire d'inscription Camps UNIK d'été 2021



Un bon vers la différence!

Marie-Josée Chénier
Propriétaire/Éducatrice Spécialisée certifiée en zoothérapie
2864, Ch. Nolan, Hammond, Ontario

Courriel: experienceunik14@gmail.com Tél. (613) 266-5244 Site: <https://experienceunik.ca>


 <https://www.facebook.com/ExperienceUnik/>


Nos **CAMPS UNIK** exercent une influence positive sur le développement et l'épanouissement des personnes. Nos camps leur permettent de vivre des moments uniques à la campagne. Tout en s'amusant, ils font également la rencontre de nouveaux ami(e)s.


Description de nos Camps UNIK d'été 2021: ☀


Nous offrons **6 différents camps d'été**, ayant chacune thématique et programmation!
Veuillez cocher les cases de CAMPS UNIK de votre choix:


Semaine du 28 juin au 2 juillet 2021 - Thématique : Safari/animaux de la jungle .....

Semaine du 5 au 9 juillet 2021 - Thématique : Les professions .....

Semaine du 19 au 23 juillet 2021 - Thématique : Sports et Olympiques .....

Semaine du 26 au 30 juillet 2021 - Thématique : Dans Le temps .....

Semaine du 16 au 20 août 2021 - Thématique : Camping et plage .....

Semaine du 23 au 27 août 2021 - Thématique : Personnages et Les contes .....

NOUVEAUTÉ 2020-2021 CAMPS RÉGULIERS : groupe pour enfants neurotypiques (enfant SANS besoins spéciaux) **15% de rabais**

*****IMPORTANT*****IMPORTANT*****IMPORTANT*****IMPORTANT*****

COVID-19

- On sera tenu de **suivre toutes les exigences** en matière de santé et de sécurité selon les **directives du bureau de santé**.
- Des Plans seront mis en place ; **évaluation quotidienne (dépistage) de la santé du personnel, des enfants, des parents ou tuteurs**.
- Des mesures seront appliquées selon les résultats de l'évaluation. Si votre enfant a **un** ou des **symptômes**, vous serez averti et votre enfant devra être placé en **auto-isolation** jusqu'à votre arrivée.
 - **Vous aurez 2 choix à faire :**
 1. Faire tester votre enfant qui prends de 24h à 72h. Si négatif, il pourra revenir après 24h. Si positif, il devra rester à la maison en auto-isolation.
 2. Si ne le faites pas tester, il ne pourra pas revenir avant qu'il ait fait 14 jours en auto-isolation à la maison par la suite.
- Si jamais vous avez des **doutes ou des questions concernant la santé** de votre enfant ou un autre membre de votre famille, il sera **important d'appeler le bureau de santé au numéro suivant : 1-800-267-7120**

Pour votre information, lisez attentivement ce qui suit :

- 1) Nos Camps d'été s'offre à la **maison UNIK au 2838, Ch. Nolan, Hammond, ON**
- 2) Ils sont d'une durée **MAXIMALE** de 8 heures par jour, soit de 8h à 16h
- 3) Nous affrons **DEUX TYPES** de CAMPS :
 - a) **CAMP SPÉCIALISÉ** (groupe pour enfants **AVEC** besoins spéciaux)
 - Durée de 8 heures / jour est de200\$
 - Durée de 7 heures / jour est de180\$
 - Durée de 6 heures / jour est de160\$
 - **Frais additionnels / jour soins physiques de base.....85\$**
(besoin d'assistance lors de repairs, de toilette, etc.)
 - b) **CAMP RÉGULIER** (pour groupe enfants **SANS** besoins spéciaux), **RABAIS** de 15%
 - Durée de 8 heures / jour est de170\$
 - Durée de 7 heures / jour est de153\$
 - Durée de 6 heures / jour est de136\$
- 4) **10% de rabais** lorsque vous inscrivez **plus d'un enfant** à nos Camps UNIK.
- 5) Un dépôt (la balance de la 1^{ère} journée de camps) doit être fait **une semaine avant la date du début du camp sélectionné** afin d'assurer une place pour votre enfant.
- 6) Le **paiement** peut être effectué soit:
Par chèque au nom d'Expérience Unik, virement interact ou comptant.
- 7) Votre enfant **doit apporter sa boîte à dîner, bouteille d'eau et crème solaire.**
- 8) Les participants ayants des comportements **physiques et agressifs**, qui pourraient mettre en danger, la sécurité des autres, ne pourront pas participer aux Camps Unik.

Informations participant-e(s)

1. Nom et prénom : _____ Date de naissance : _____

Numéro de la carte santé : _____ - _____ - _____ - _____ Date d'expiration : _____

Adresse : _____

2. Nom et prénom : _____ Date de naissance : _____

Numéro de la carte santé : _____ - _____ - _____ - _____ Date d'expiration : _____

Adresse : _____

**** Besoins médicaux (Annexe « A ») / Anaphylaxie (Annexe « B ») ****

Informations parents ou tuteurs

1. Nom et prénom : _____

Numéro tél. domicile : _____

Numéro tél. cellulaire : _____

Numéro tél. travail : _____ Courriel : _____

2. Nom et prénom : _____

Numéro tél. domicile : _____

Numéro tél. cellulaire : _____

Numéro tél. travail : _____ Courriel : _____

Deux personnes à contacter en cas d'urgence

1. Nom et prénom : _____

Téléphone : _____ Relation avec participant-e(s) : _____

2. Nom et prénom : _____

Téléphone : _____ Relation avec participant-e(s) : _____

Comment avez-vous pris connaissance de nos services/camps d'été?

- Connaissance ou proche (famille, ami(e), employeur(e) ou autre)
- Employée, stagiaire ou bénévole d'Expérience Unik
- Personnel de la santé (médecin, travailleur(euse) social, autre)
- Site Web d'Expérience Unik
- Publicité (page FaceBook, affiches, autre)
- Autre _____

Je reconnais avoir lu ce formulaire et je donne la permission à _____,
(nom de l'enfant)

_____ de participer au(x) CAMP(S) UNIK.
(nom du 2^e enfant)

(Signature du parent, tuteur/tutrice)

(Date)

(Signature de la Superviseure)

(Date)



Annexe « A »

PLAN INDIVIDUALISÉ POUR UN ENFANT AYANT DES BESOINS MÉDICAUX

Remplir ce formulaire pour un enfant qui souffre d'un ou plusieurs troubles de santé graves* ou chroniques** de nature à nécessiter des mesures de soutien, d'accommodement ou d'aide additionnelles.

Prénom et nom de l'enfant :

Date de naissance de l'enfant :
(jj/mm/aaaa)

Date de création du plan :

Trouble(s) de santé

- Diabète Asthme
 Épilepsie Autre: _____



Prévention et soutien

MESURES POUR RÉDUIRE LE RISQUE DE DÉCLENCHEMENT OU D'AGGRAVATION DU TROUBLE DE SANTÉ [Indiquer comment prévenir une réaction allergique ou une autre urgence médicale ou comment éviter une aggravation du trouble de santé (p. ex., réduire la nourriture en purée pour réduire les risques d'étouffement).]

LISTE DES APPAREILS MÉDICAUX ET MODE D'EMPLOI (s'il y a lieu) (p. ex., sonde d'alimentation, matériel pour stomie, lecteur de glycémie ou sans objet [S. O.])

EMPLACEMENT DES MÉDICAMENTS ET DES APPAREILS MÉDICAUX (s'il y a lieu) (p. ex., le lecteur de glycémie se trouve sur la deuxième étagère du placard du local du programme, ou sans objet [S. O.])

SOUTIENS DISPONIBLES POUR L'ENFANT (s'il y a lieu) (p. ex., infirmière ou infirmier, ou membre du personnel formé pour aider l'enfant à se nourrir ou à vider et changer sa poche pour stomie, ou sans objet [S. O.])

Symptômes et procédures d'urgence

SYMPTÔMES D'UNE RÉACTION ALLERGIQUE OU D'UNE AUTRE URGENGE MÉDICALE [Décrire les réactions physiques observables indiquant que l'enfant peut avoir besoin d'aide (p. ex., urticaire, essoufflement, saignement, écume aux lèvres).]

PROCÉDURE À SUIVRE SI L'ENFANT A UNE RÉACTION ALLERGIQUE OU UNE AUTRE URGENCE

MÉDICALE [Indiquer la marche à suivre (p. ex., administrer deux bouffées de corticostéroïdes, attendre et observer l'état de l'enfant, communiquer avec les services d'urgence, le parent, la tutrice ou le tuteur – indiquer les coordonnées du parent, de la tutrice ou du tuteur, ou des personnes à joindre en cas d'urgence).]

PROCÉDURE À SUIVRE LORS D'UNE ÉVACUATION (p. ex., blocs réfrigérants pour les médicaments et autres articles devant être réfrigérés, mesures pour aider l'enfant)

PROCÉDURE À SUIVRE LORS D'UNE EXCURSION (p. ex., comment préparer une excursion à l'extérieur du centre ou du local, mesures pour aider l'enfant et s'occuper de lui)

SYMPTÔMES D'UNE RÉACTION ALLERGIQUE OU D'UNE AUTRE URGENCE MÉDICALE [Décrire les réactions physiques observables indiquant que l'enfant peut avoir besoin d'aide (p. ex., urticaire, essoufflement, saignement, écume aux lèvres).]

PROCÉDURE À SUIVRE SI L'ENFANT A UNE RÉACTION ALLERGIQUE OU UNE AUTRE URGENCE

MÉDICALE [Indiquer la marche à suivre (p. ex., administrer deux bouffées de corticostéroïdes, attendre et observer l'état de l'enfant, communiquer avec les services d'urgence, le parent, la tutrice ou le tuteur – indiquer les coordonnées du parent, de la tutrice ou du tuteur, ou des personnes à joindre en cas d'urgence).]

PROCÉDURE À SUIVRE LORS D'UNE ÉVACUATION (p. ex., blocs réfrigérants pour les médicaments et autres articles devant être réfrigérés, mesures pour aider l'enfant)

PROCÉDURE À SUIVRE LORS D'UNE EXCURSION (p. ex., comment préparer une excursion à l'extérieur du centre ou du local, mesures pour aider l'enfant et s'occuper de lui)

Autres renseignements sur le trouble de santé de l'enfant (s'il y a lieu)

Le présent plan a été créé en consultation avec le parent, la tutrice ou le tuteur de l'enfant.

Signature du parent, de la tutrice ou du tuteur

Nom (en caractères d'imprimerie) :	Relation avec l'enfant:
Signature:	Date: (jj/mm/aaaa)

Les personnes suivantes ont participé à la création du présent plan individualisé (facultatif) :

Prénom et nom	Poste ou rôle	Signature

Ce plan individualisé sera revu par le parent, la tutrice ou le tuteur de l'enfant tous les :

Exigences réglementaires : Règlement de l'Ontario 13715

Enfants ayant des besoins médicaux

39.1 (1) Le titulaire de permis élabore un plan individualisé pour chaque enfant ayant des besoins médicaux qui, selon le cas :

- a) bénéficie de services de garde dans un centre de garde qu'il exploite;
- b) est inscrit auprès d'une agence de services de garde en milieu familial et bénéficie de services de garde dans un local où il supervise la prestation de services de garde en milieu familial ou de services à domicile. Règl. de l'Ont. 126/16, art. 27.

(2) Le plan individualisé est élaboré en consultation avec un parent de l'enfant et tout professionnel de la santé réglementé qui participe aux soins de santé de l'enfant et qui, de l'avis du parent, devrait être consulté. Règl. de l'Ont. 126/16, art. 27.

(3) Le plan comprend ce qui suit :

- a) les étapes à suivre pour réduire les risques d'exposition de l'enfant à des agents ou des situations susceptibles de provoquer ou d'exacerber un état pathologique ou de causer une réaction allergique ou une autre urgence médicale;
- b) une description de tout appareil médical utilisé par l'enfant et les instructions liées à son utilisation;
- c) une description des procédures à suivre en cas de réaction allergique ou d'autre urgence médicale;
- d) une description des soutiens qui seront disponibles pour l'enfant au centre de garde ou dans le local où le titulaire de permis supervise la prestation de services de garde en milieu familial ou de services à domicile;
- e) toute procédure à suivre lorsqu'un enfant ayant un état pathologique fait partie d'une évacuation ou participe à une excursion à l'extérieur du centre ou du local. Règl. de l'Ont. 126/16, art. 27.

(4) Malgré le paragraphe (1), le titulaire de permis n'est pas tenu d'élaborer un plan individualisé en application du présent article pour un enfant souffrant d'une allergie anaphylactique s'il a élaboré un plan individualisé pour l'enfant en application de l'article 39 et que l'enfant n'est pas par ailleurs un enfant ayant des besoins médicaux. Règl. de l'Ont. 126/16, art. 27.

Intention

Cet article exige qu'un plan individualisé soit élaboré pour chaque enfant ayant des besoins médicaux et que les titulaires de permis prennent toutes les mesures nécessaires pour prodiguer à ces enfants les soins nécessaires et assurer leur inclusion dans le programme.

Le passage en revue des plans individualisés avec le personnel, les étudiants et les bénévoles favorise la capacité des enfants à participer au programme et fait en sorte que le personnel sait comment gérer toute situation nécessitant une intervention médicale.

Avis de non-responsabilité : Le présent document est un modèle visant à aider les titulaires de permis à comprendre leurs obligations en vertu de la *Loi de 2014 sur la garde d'enfants et la petite enfance* et du Règlement de l'Ontario 137/15. Il incombe au titulaire de permis de modifier les renseignements du document pour qu'ils reflètent les circonstances et les besoins propres à chaque agence de services de garde en milieu familial qu'il exploite et de chaque local où il supervise la prestation de services de garde en milieu familial.

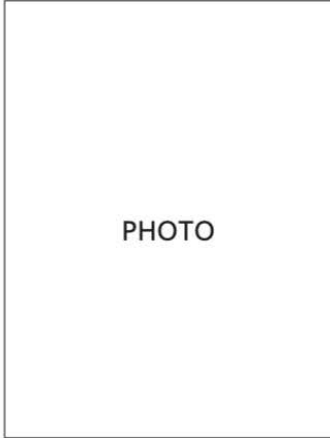
Veillez noter que ce document ne constitue pas un avis juridique et qu'il ne devrait pas être utilisé à cette fin. Le contenu du document n'a aucune incidence sur le pouvoir du Ministère de faire appliquer la *Loi de 2014 sur la garde d'enfants et la petite enfance* et ses règlements. Le personnel du Ministère continuera de faire appliquer la législation selon les faits qui seront portés à sa connaissance lors de toute inspection ou enquête.

Il incombe au titulaire de permis de se conformer à la législation. S'il a besoin d'aide pour interpréter la législation et son application, il peut consulter son conseiller juridique.

Annexe « B »

Plan d'urgence pour l'anaphylaxie _____ (nom)

Cette personne présente une allergie sévère (ou anaphylaxie) pouvant être fatale
Allergène(s) en cause :



- | | |
|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Arachide | <input type="checkbox"/> Autre aliment, précisez : _____ |
| <input type="checkbox"/> Noix | <input type="checkbox"/> Piqûre d'insecte |
| <input type="checkbox"/> Oeufs | <input type="checkbox"/> Latex |
| <input type="checkbox"/> Lait | <input type="checkbox"/> Médicament, précisez : _____ |

Aliments : Éviter complètement l'allergène en cause constitue la clé de la prévention d'une urgence anaphylactique. Les personnes ayant des allergies alimentaires ne doivent pas partager de nourriture ni consommer d'aliments non étiquetés, en vrac ou portant un avertissement de type « peut contenir » par rapport à un allergène.

Auto-injecteur d'épinéphrine : date d'expiration : _____ / _____

- Dose :**
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> EpiPen® Jr 0,15 mg | <input type="checkbox"/> EpiPen® 0,30 mg |
| <input type="checkbox"/> Twinject® 0,15 mg | <input type="checkbox"/> Twinject® 0,30 mg |
| <input type="checkbox"/> Allerject ^{MC} 0,15 mg | <input type="checkbox"/> Allerject ^{MC} 0,30 mg |

- Où trouver les auto-injecteurs :** _____
- Antécédents de réactions anaphylactiques : La personne s'expose à un risque plus élevé.
 - Asthme : La personne s'expose à un risque plus élevé. Si, lors d'une réaction, elle éprouve de la difficulté à respirer, lui administrer de l'épinéphrine avant de lui faire prendre ses médicaments contre l'asthme.

Quiconque fait une réaction anaphylactique peut présenter N'IMPORTE LEQUEL des signes et symptômes suivants :

- **Système cutané :** urticaire, enflures, démangeaisons, chaleur, rougeur, éruptions
- **Système respiratoire :** toux, respiration sifflante (silement), essoufflement, douleur ou serrement dans la poitrine, serrement à la gorge, voix rauque, congestion nasale ou symptômes de type « rhume des foins » (nez qui coule ou qui pique, larmolement, éternuements), difficulté à avaler
- **Système gastro-intestinal (estomac) :** nausée, douleur ou crampes, vomissement, diarrhée
- **Système cardiovasculaire (coeur) :** couleur pâle ou bleutée, pouls faible, perte de connaissance, étourdissement, vertige, état de choc
- **Autres symptômes :** anxiété, sentiment de détresse, mal de tête, crampes utérines, goût de métal dans la bouche

La détection précoce des symptômes et le traitement immédiat pourraient sauver une vie.

Intervenez rapidement. Les premiers signes d'une réaction peuvent sembler légers mais les symptômes eux peuvent progresser rapidement.

1. **Administrez l'épinéphrine avec l'auto-injecteur** (EpiPen®, Twinject® ou Allerject^{MC}) au premier signe d'une réaction déclarée ou soupçonnée. (Voir les instructions ci-jointes.)
2. **Appelez le 9-1-1** ou les services médicaux d'urgence locaux. Dites que quelqu'un fait une réaction anaphylactique pouvant mettre sa vie en danger.
3. **Administrez une deuxième dose d'épinéphrine** après 5 à 15 minutes **SI** la réaction persiste ou s'aggrave.
4. **Rendez-vous à l'hôpital le plus proche (idéalement par ambulance)**, même si les symptômes sont légers ou se sont atténués. La réaction pourrait s'aggraver ou réapparaître même après un traitement approprié. Le patient doit demeurer sous observation à l'hôpital pendant une période suffisante, soit 4 heures généralement, suivant l'évaluation du médecin de l'urgence.
5. **Communiquez avec une personne à aviser en cas d'urgence (parent, tuteur ou autre).**

Personnes à aviser en cas d'urgence

Nom	Lien avec la personne	Téléphone à la maison	Téléphone au travail	Téléphone cellulaire

Le soussigné, patient, parent ou tuteur, autorise un adulte à administrer de l'épinéphrine à la personne susnommée dans le cas d'une réaction anaphylactique telle que définie précédemment. Ce protocole est recommandé par le médecin traitant.

Signature du patient, du parent ou du tuteur _____ Date _____ Signature du médecin En dossier _____ Date _____