



Formulaire d'inscription
Camps UNIK d'été 2024
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.

CAMPS D'ÉTÉ 2024:

Nous offrons **6 différents camps d'été**, chacun avec un thème et une programmation.
Veuillez indiquer les CAMPS UNIK qui vous intéressent en cochant les cases correspondantes:

- 24 au 28 juin 2024 - Thème: **Jeu télévisé**.....
- 2 au 5 juillet 2024 - Thème: **Nature/exploration/ferme**.....
- 15 au 19 juillet 2024 - Thème: **Activité physique/olympique**.....
- 22 au 26 juillet 2024 - Thème: **Camping/scout**.....
- 12 au 16 août 2024 - Thème: **Splish splash**.....
- 19 au 23 août 2024 - Thème: **Fête & amusement**.....

Un minimum d'une activité thématique aura lieu chaque semaine. **** Il est possible que des frais s'appliquent pour certaines activités ****

CAMPS RÉGULIERS: groupe pour enfants neurotypiques (enfants SANS besoins spéciaux) **** 15% de rabais ****

SEMAINES DE RÉPIT 2024:

En plus de nos camps d'été, nous avons également **deux semaines de répit** disponibles. Veuillez sélectionner les semaine de RÉPIT UNIK qui vous intéressent en cochant les cases correspondantes:

8 au 12 juillet 2024.....

6 au 9 août 2024.....

COVID-19

- Si votre enfant présente des symptômes tels que de la fièvre, de la fatigue, etc., **veuillez nous en informer et garder votre enfant à la maison.**

Pour votre information (veuillez lire attentivement):

- Nos camps ont lieu à la maison UNIK située au **2838, ch. Nolan, Hammond, ON**
- Une durée **MAXIMALE de 8 heures** par jour, soit de 8h à 16h
- Nous offrons **DEUX TYPES** de CAMPS:
 - CAMPS SPÉCIALISÉE** (groupe pour enfants AVEC besoins spéciaux)
 - 6 heures /jour.....200\$
 - 7 heures /jour225\$
 - 8 heures /jour.....250\$
 - **Frais supplémentaire /jour pour les soins physiques de base.....8.5\$**
(Aide pendant les repas, changement de couche, assistance aux toilettes, etc.)
 - Veuillez indiquer le nombre d'heures par jour | 6h 7h 8h
 - Votre enfant aura-t-il besoins d'une attention individuelle? Oui Non
 - **Veuillez préciser vos heures d'arrivée et de départ prévues:** _____
 - CAMP RÉGULIER** (groupe pour les enfants sans besoins spéciaux) 15% de réduction
 - 6 heures /jour.....150\$
 - 7 heures /jour.....175\$
 - 8 heures /jour.....200\$
 - Veuillez indiquer le nombre d'heures par jour | 6h 7h 8h
 - **Veuillez préciser vos heures d'arrivée et de départ prévues:** _____
- Veuillez informer la propriétaire au (613) 226-5244 de toute absence planifiée au moins **24 heures à l'avance pour éviter des frais de 100\$.**
- 10% DE RABAIS** lorsque vous inscrivez plus d'un enfant.
- Un dépôt** (le solde du 1er jour de camp) **doit être payé une semaine avant le début du/des camps sélectionné(s)** pour sécuriser la place de votre enfant.
- Le **paiement** peut être effectué par : **chèque à l'ordre d'Expérience Unik, virement électronique ou argent comptant.**
- Votre enfant doit apporter une **boîte à lunch, une bouteille d'eau et de la crème solaire.**

- 9) Un participant ayant des **comportements physiques/agressifs**, compromettant la sécurité des autres (éducateurs, bénévoles et/ou autres participants), ne pourra malheureusement pas participer aux camps Unik.

Informations sur le(s) participant-e(s):

1. Prénom et nom: _____ Date de naissance: _____

Numéro de carte de santé: _____ - _____ - _____ - _____ Date d'exp.: _____

Adresse: _____

2. Prénom et nom: _____ Date de naissance: _____

Numéro de carte santé: _____ - _____ - _____ - _____ Date d'exp.: _____

Adresse: _____

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

Information des parents ou du tuteur légal :

1. Prénom et nom: _____

Numéro tél. domicile: _____

Numéro tél. cellulaire: _____

Numéro tél. travail: _____ Courriel: _____

2. Prénom et nom: _____

Numéro tél. domicile: _____

Numéro tél. cellulaire: _____

Numéro tél. travail: _____ Courriel: _____

Noms et coordonnées de deux personnes à contacter en cas d'urgence :

1. Prénom et nom: _____

Numéro de tél.: _____ Lien avec le(s) participant-e(s) : _____

2. Prénom et nom: _____

Numéro de tél.: _____ Lien avec le(s) participant-e(s): _____

Comment avez-vous entendu parler de nos services/camps?

- Connaissance ou personne proche (famille, ami(e), etc.)
- Employé, stagiaire ou bénévole d'Expérience Unik
- Travailleur de la santé (médecin, travailleur(euse) social, etc.)
- Site web d'Expérience Unik
- Publicité (page Facebook page, affiches, etc.)
- Autre: _____

Je reconnais avoir lu ce formulaire et je donne la permission à _____ ,
(enfant 1)

_____ de participer à un ou plusieurs camps UNIK.
(enfant 2)

(Signature du parent/tuteur)

(Date)

(Signature de la propriétaire)

(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: _____

Photo de l'enfant
(recommandée)

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.

Annex « 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



