



## Entente contractuelle principale

**Répit, Zoothérapie & Camps de jour**  
**Un bond vers la différence!**

---

### **Marie-Josée Chénier**

Propriétaire / Éducatrice spécialisée, certifiée en zoothérapie  
📍 2838, chemin Nolan, Hammond, Ontario

✉ [experienceunik14@gmail.com](mailto:experienceunik14@gmail.com)

☎ (613) 266-5244

🌐 <https://experienceunik.ca>

📘 [ExperienceUnik](#)

---

## **Autorisation et consentement**

Le participant vivra des expériences **UNIK** et **COLORÉES!**

La participation à nos services — Répit, Zoothérapie, Camps de jour et Visite à la ferme — nécessite la reconnaissance des éléments suivants :

1. **Décharge de responsabilité**

Ce formulaire est obligatoire et doit être signé par un parent ou tuteur légal de tout participant à nos services.

2. **Risques inhérents**

Tous les participants reconnaissent l'existence de risques inhérents à la nature de nos activités, qui peuvent inclure des accidents ou des blessures. Bien que nous fassions tout notre possible pour assurer un environnement sécuritaire, certains risques peuvent survenir.

Nous demandons à tous les participants de suivre les consignes attentivement et de rester vigilants durant les activités. Du soutien et de l'assistance seront fournis au besoin.

Je, \_\_\_\_\_, reconnais et accepte qu'en inscrivant mon enfant aux services d'Expérience Unik, je suis conscient(e) des risques potentiels.

## Politique d'absence et de retard

- Veuillez nous aviser de toute absence au moins 48 heures à l'avance en appelant au (613) 266-5244. Autrement, des frais de 125\$ s'appliqueront. Cette mesure est en place afin de permettre à d'autres personnes de bénéficier d'une place disponible.
- Des frais de 5 \$ par tranche de 30 minutes seront facturés pour tout retard de cueillette.

## Information sur le paiement

Les paiements doivent être effectués à l'ordre d'**Expérience Unik**, de préférence par virement électronique. Autres modes acceptés : transfert interinstitutionnel, chèque ou argent comptant.

- Coordonnées pour transfert interinstitutionnel :  
Numéro de transit : 123  
Numéro d'institution : 829  
Numéro de compte : 351 663 0
- Tous les paiements sont dus dans les 30 jours.
- Des intérêts de 2% par mois (24% par an) seront appliqués aux comptes en souffrance.

## Autorisations et informations médicales

### 1. Autorisation de publication de photos

Autorisez-vous Expérience Unik à publier des photos du participant sur notre page Facebook?    Oui            Non

### 2. Administration de médicaments

Le participant devra-t-il prendre des médicaments pendant nos services?

Oui            Non

Si oui, veuillez indiquer le nom du médicament, le dosage et l'horaire :

Je, \_\_\_\_\_ (Parent/Tuteur), autorise un membre de l'équipe d'Expérience Unik à administrer le(s) médicament(s) nécessaire(s) à mon enfant.

### 3. Conditions médicales ou besoins particuliers

Le participant présente-t-il une condition médicale, des allergies ou des besoins particuliers dont nous devrions être informés? Oui Non

Si oui, veuillez remplir l'**Annexe 1** – *Plan de besoins médicaux* et/ou l'**Annexe 2** – *Plan d'urgence pour l'anaphylaxie*.

### Reconnaissance et consentement

Je, \_\_\_\_\_ (Parent/Tuteur), confirme avoir lu et compris ce formulaire.

J'autorise \_\_\_\_\_ (Participant) à participer aux services offerts par Expérience Unik.

### Signatures

Signature du parent / tuteur

Date

Signature de la propriétaire d'Expérience Unik

Date



# Fiche client

## Renseignements personnels

Nom du participant(e) :  
Date de naissance :  
Diagnostique (si applicable) :  
Adresse :



## Renseignements des contacts

Nom(s) du(des) parent(s) ou tuteur :  
Numéro de tél. domicile :  
Numéro(s) tél. cellulaire(s) :  
Numéro tél. au travail :  
Adresse courriel :

## Renseignements du contact en cas d'urgence

Nom du contact d'urgence :  
Relation avec l'individu :  
Numéro de tél. domicile :  
Numéro(s) tél. cellulaire :  
Numéro tél. au travail :

## Renseignements médicaux

Numéro de carte santé :  
Besoins médicaux - **remplir l'Annexe 1**  
Allergie/Anaphylaxie - **remplir l'Annexe 2**

Est-ce que vous nous donnez la permission de mettre des photos de votre enfant sur notre page Facebook?

Oui      Non

**\*Assurez-vous de compléter cette section de manière concrète**

Intérêts :	Forces :
	Stratégies d'intervention/approches :
Défis :	

## Annexe 1

### Plan de besoins médicaux

Nom complet de l'enfant:

Date de naissance de l'enfant:

Date de complétion du plan:

#### Conditions médicales :

Diabète

Asthme

Convulsions

Autre:

#### PRÉVENTION ET SOUTIEN

**1. Mesures à prendre pour réduire le risque d'aggravation ou de déclenchement de la condition médicale**

Inclure les précautions à prendre pour éviter une réaction allergique ou une urgence médicale; comment ne pas aggraver la condition médicale (ex. : réduire les risques d'étouffement en mixant les aliments) :

**2. Liste des appareils médicaux et instructions d'utilisation**

Exemples : sonde d'alimentation, stomie, glucomètre, etc. Si non applicable, écrire « N/A ».

**3. Endroit où se trouvent les médicaments et/ou appareils médicaux**

Exemple : le glucomètre est dans la poche avant du sac à dos du participant. Si non applicable, écrire « N/A ».

## **SYMPTÔMES ET ALERTES D'URGENCE**

**1. Signes et symptômes d'une réaction allergique ou autre urgence médicale**

Inclure les réactions physiques observables indiquant que l'enfant pourrait avoir besoin de soutien (ex. : urticaire, essoufflement, saignements, écume à la bouche) :

**2. Procédures à suivre en cas de réaction allergique ou autre urgence médicale**

Inclure les étapes à suivre (ex. : administrer 2 bouffées de corticostéroïdes; observer l'état de l'enfant; contacter les services d'urgence et/ou le parent ou tuteur) :

## **AUTRES INFORMATIONS RELIÉES À LA CONDITION MÉDICALE (Si applicable)**

Nom du parent / tuteur (en lettres moulées

Lien avec l'enfant

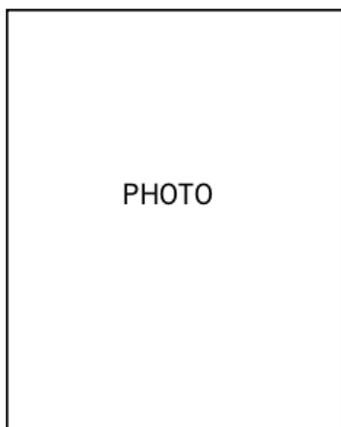
Signature du parent / tuteur

Date

## Annexe 2

# Plan d'urgence pour l'anaphylaxie \_\_\_\_\_ (nom)

Cette personne présente une allergie grave (ou anaphylaxie) pouvant être fatale aux allergènes suivants :



(Cochez les cases appropriées.)

Aliment(s) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Piqûres d'insectes  Autre : \_\_\_\_\_

Auto-injecteur d'épinéphrine : date d'expiration : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Dosage :

EpiPen Jr<sup>MD</sup> 0,15 mg  EpiPen<sup>MD</sup> 0,3 mg

Où trouver les auto-injecteurs : \_\_\_\_\_

Antécédents de réactions anaphylactiques : La personne présente un risque plus élevé.

Asthme : La personne présente 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 (peau)** : urticaire, enflure (visage, lèvres, langue), démangeaisons, sensation de chaleur, rougeur
- **Système respiratoire (poumons)** : toux, respiration sifflante (silement), essoufflement, douleur ou serrement à la poitrine, serrement de 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 (ventre)** : nausée, douleurs ou crampes, vomissements, diarrhée
- **Système cardiovasculaire (cœur)** : peau plus pâle que la normale ou bleutée, faible pouls, perte de connaissance, étourdissements ou vertiges, état de choc
- **Autres symptômes** : anxiété, sentiment de détresse, maux de tête, crampes utérines, goût métallique 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 peuvent progresser très rapidement.**

1. **Administrez l'épinéphrine avec l'auto-injecteur** (p. ex. EpiPen<sup>MD</sup>) 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** aussi rapidement que 5 minutes après l'injection de la première dose si les symptômes ne s'améliorent pas.
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. La personne doit demeurer en observation à l'hôpital pendant une période suffisante, soit généralement de 4 à 6 heures, selon 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  Au dossier

Date