

# Camp Bridges



Love builds bridges where there are none.

*L'amour érige des ponts là où il n'y en a pas.*

Camper's Name: \_\_\_\_\_

Nom du participant : \_\_\_\_\_

Dear Parent/Guardian,

*Madame, Monsieur,*

Thank you for your interest in Camp Bridges. You will find the application package for the camp included with this letter. The camp will be held on **May 29, 30 and 31 2020** and will accept up to 50 applicants. The application package asks you to share information needed to make this camp experience rewarding for everyone involved. Please complete and return the entire package no later than **May 1, 2020** so that your child can be considered for the camp. If possible, a photo of your child would be helpful.

*Je vous remercie de l'intérêt que vous portez au Camp Bridges. Vous trouverez ci-joint le dossier de demande de participation. Le camp se déroulera les **29, 30 et 31 mai 2020**, et il accueillera jusqu'à 50 participants. Dans le dossier de demande, nous vous demandons de nous communiquer les renseignements nécessaires de façon que l'expérience du camp soit profitable pour tout le monde. Veuillez remplir et renvoyer tout le dossier au plus tard le **1<sup>er</sup> mai 2020** pour que votre enfant puisse être pris en considération. Si cela est possible, une photo de votre enfant serait utile.*

More than 50 children may apply for the camp. While we do not like to turn away any applicants, at times it may be necessary to do so. If your child is not chosen to attend the camp this year, please apply again next year.

*Il se peut que plus de 50 enfants demandent à participer au camp. Même si nous n'aimons pas refuser de candidature, cela est parfois nécessaire. Si votre enfant n'est pas retenu pour le camp cette année, n'hésitez surtout pas à refaire une demande l'année prochaine.*

## CRITERIA FOR CHILDREN ATTENDING CAMP BRIDGES

- **Must be aged 7 to 15 years old**
- **Must have experienced the death of someone close to them (it is recommended that the death not be too recent)**
- **Must live in Manitoba**
- **Must complete and return the application prior to the deadline date: May 1, 2020**

## CRITÈRES DE PARTICIPATION AU CAMP

- **Avoir entre 7 et 15 ans**
- **Avoir vécu le décès d'un être cher (il est recommandé que le décès ne soit pas trop récent)**
- **Habiter au Manitoba**
- **Remplir et retourner la demande avant la date limite du 1<sup>er</sup> mai 2020**
- **Si plus d'un enfant est admissible, nous encourageons les frères et sœurs à aller au camp**

- If more than one child per family is eligible to attend, siblings are encouraged to attend camp at the same time
- Priority is given to first time applicants

After carefully considering the child's application form, the final decision of applicants accepted is at the discretion of the Camp Bridges Planning Committee.

After your application form is received, we will confirm with you the receipt of your application by email, clarify any information on the application, and provide you with more details about the camp.

Camp Bridges will be held at **Circle Square Ranch at Austin MB**. Registration for camp is from 6:30 pm – 7:00 pm on **Friday, May 29, 2020**. Supper will not be provided on Friday for your camper. Please ensure your child has something to eat prior to arrival at camp. You are invited to join your camper for a closing activity starting at 12:00 pm on **Sunday May 31, 2020**. All campers must be signed out by 12:45 pm.

While there is no charge for campers to attend Camp Bridges, you are responsible for the camper's travel to and from camp. Please be aware that if your child should need to go home prior to the scheduled pick up time, you must be available to pick up your child if we call you to do so at any time over the course of the camp. If you have any questions about the application or about Camp Bridges please call me at the phone number below. It is understandable, especially if this is your child's first time away from home, coupled with the fact that he/she is grieving, that you may be somewhat anxious about the weekend. We want to relieve any anxieties that you may have. I look forward to talking with you.

Sincerely,

*Brigitte Remillard*

Brigitte Remillard, Regional Palliative Care Coordinator  
Southern Health-Santé Sud  
Unit 200 101 2<sup>nd</sup> Ave S, Niverville MB R0A 0A1  
T 204-346-7063 F 204-388-2049  
Email [bremillard@southernhealth.ca](mailto:bremillard@southernhealth.ca)

*ensemble*

- *La priorité sera accordée aux nouveaux demandeurs*

*Après avoir étudié attentivement la demande de l'enfant, le Comité d'organisation du camp prend la décision définitive.*

*Lorsque nous aurons reçu votre formulaire de demande, nous vous le ferons savoir, nous vous demanderons des précisions au besoin et nous vous fournirons d'autres détails sur le camp.*

*Le Camp Bridges se déroulera dans les locaux du **Circle Square Ranch à Austin au Manitoba**. Les inscriptions auront lieu de 18 h 30 à 19 h le **vendredi 29 mai 2020**. Assurez-vous que votre enfant aura mangé avant d'arriver au camp. Nous vous invitons à vous joindre à votre campeur pour une activité de fermeture à partir de midi le **dimanche 31 mai 2020**. Vous devez autoriser le départ de votre enfant avant 12 h 45.*

*Bien qu'il n'y ait pas de cout associé à la participation de votre enfant au Camp Bridges, vous êtes responsable d'assurer son transport pour l'aller et le retour au camp. Au cas où votre enfant devait retourner à la maison avant le départ prévu, vous devez vous rendre disponible pour venir le chercher en tout temps pendant la durée du camp si nous vous le demandons. Si vous avez des questions sur la demande de participation ou sur le camp proprement dit, n'hésitez pas à me téléphoner au numéro ci-dessous. Il est tout à fait compréhensible que vous vous sentiez anxieux au sujet de la fin de semaine, surtout si c'est la première fois que votre enfant quitte le domicile, en plus du fait qu'il ou elle est en deuil. Nous tenons à soulager toute inquiétude que vous pourriez avoir. Je me ferai un plaisir de communiquer avec vous.*

*Veuillez croire, Madame, Monsieur, à l'expression de mes sentiments les meilleurs.*

*Brigitte Remillard*

Brigitte Remillard, Coordonnatrice régional des soins palliatifs  
Southern Health-Santé Sud  
Unité 200 101 2<sup>e</sup> Av S, Niverville MB R0A 0A1  
T 204-346-7063 F 204-388-2049  
Courriel : [bremillard@southernhealth.ca](mailto:bremillard@southernhealth.ca)

# Camp Bridges



Love builds bridges where there are none.  
*L'amour érige des ponts là où il n'y en a pas.*

## CAMPER APPLICATION/DEMANDE DE PARTICIPATION

---

Child's Name/*Nom de l'enfant* : \_\_\_\_\_

Nickname, if any/*Surnom, au besoin* : \_\_\_\_\_

Family email address/*Adresse électronique de la famille* : \_\_\_\_\_

Home Address/*Adresse du domicile* : \_\_\_\_\_

City or Town/*Ville ou Village* : \_\_\_\_\_ Postal Code/*Code postal* : \_\_\_\_\_

Age/*Âge* : \_\_\_\_\_ Date of Birth/*Date de naissance* : \_\_\_\_\_ Gender/*Sexe* : \_\_\_\_\_

Parents or Guardians Name/*Nom du parent, du tuteur ou tutrice* : \_\_\_\_\_

Daytime Phone #/*N° de tél (jour)* : \_\_\_\_\_ Evening Phone #/*N° de tél (soir)* : \_\_\_\_\_

	Name/ <i>Nom</i>	Age/ <i>Âge</i>
Siblings/ <i>Frères et soeurs</i> :	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____

Has your child ever spent the night away from home? /  
*Votre enfant a-t-il déjà passé la nuit ailleurs qu'à la maison?* Yes/*Oui*  No/*Non*

Has your child attended any camp in the past? /  
*Votre enfant a-t-il déjà participé à un camp?* Yes/*Oui*  No/*Non*

If so, when and where?/*Si oui, quand et où?* \_\_\_\_\_

Child's Name/Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_

## PERMISSIONS

---

Person who will be picking up the camper at the end of camp/Personne qui viendra chercher l'enfant à la fin du camp

**\*\*Will be required to show ID/Devra montrer une pièce d'identité**

Name/Nom : \_\_\_\_\_

Relationship/Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

Daytime Phone #/N<sup>o</sup> de tél. (jour) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Name of camper)

has my permission to attend Camp Bridges and  
participate in all camp activities

\_\_\_\_\_  
(Signature of Parent or Guardian)

Basic First Aid, such as band aids for minor scrapes  
or cuts, tensors and ice for minor sprains, Tylenol or  
Ibuprofen for a headache, medication for upset  
stomach will be administered by the Camp Bridges  
nurse

Camp Bridges has my permission,

\_\_\_\_\_  
(Signature of Parent/Guardian)

to administer first aid to

\_\_\_\_\_  
(Name of camper)

\_\_\_\_\_  
(Nom du participant)

*a ma permission pour participer au Camp Bridges et  
toutes les activités prévues*

\_\_\_\_\_  
(Signature du parent, du tuteur ou de la tutrice)

*L'infirmière du Camp Bridges sera responsable  
d'administrer les premiers soins élémentaires,  
notamment, pansements pour égratignures ou  
coupures mineures, bandages de contention et glace  
pour entorses mineures, Tylenol ou Ibuprofen pour  
maux de tête et médicaments pour maux de ventre.  
J'autorise le Camp Bridges à fournir les premiers  
soins élémentaires.*

\_\_\_\_\_  
(Signature du parent, du tuteur ou de la tutrice)

\_\_\_\_\_  
(Nom du participant)

Person to Contact in Case of an Emergency/Personne à contacter en cas d'urgence

Name/Nom : \_\_\_\_\_

Relationship to Child/Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

Daytime Phone #/N<sup>o</sup> de tél. (jour) : \_\_\_\_\_ Evening Phone #/N<sup>o</sup> de tél. (soir) : \_\_\_\_\_

Alternate Phone #/Autre N<sup>o</sup> de tél. : \_\_\_\_\_

Child's Name/Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_

## Medical/Behavioural/Physical Questions d'ordre médicale, comportementale et physique

---

Please complete the following/SVP remplir ce qui suit :

1. Does the camper have any known allergies?/Allergies? Yes/Oui  No/Non

Include all and explain reactions/Indiquez toutes les allergies et expliquez les reactions possibles : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Does the camper have an epipen?/Votre enfant a-t-il un EpiPen? Yes/Oui  No/Non

If yes, please ensure that your child brings the epipen to camp./

Si oui, assurez-vous que votre enfant apporte son EpiPen au camp.

2. Does the camper take any medications on a regular basis/Médicaments à prendre régulièrement :

Yes/Oui  No/Non

Please list all/Veuillez tous les énumérer :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Medication Policy/Politique relative aux médicaments :

All prescribed medications must be sent in the **ORIGINAL PRESCRIPTION BOTTLE** (please send a sufficient supply). All medications will be administered by the camp nurse. If the medication is not in the original bottle or the label is not legible **IT WILL NOT BE ADMINISTERED**. Please do not send non-prescription medication unless the camper takes them on a regular basis (i.e. Tylenol)./ Tous les médicaments prescrits sur ordonnance doivent être envoyés dans le **FLACON D'ORDONNANCE ORIGINAL** (veuillez prévoir une quantité suffisante). Tous les médicaments seront administrés par l'infirmière du camp. Si le médicament n'est pas dans le flacon d'origine ou si l'étiquette n'est pas lisible, le médicament **NE SERA PAS ADMINISTRÉ**. Veuillez ne pas envoyer de médicaments en vente libre sauf si l'enfant les prend régulièrement (ex. Tylenol).

3. Is the camper on any Special Diet?/Régime spécial Yes/Oui  No/Non

Explain/Expliquez : \_\_\_\_\_

4. Does the camper experience Asthma?/Asthme? Yes/Oui  No/Non

Explain/Expliquez : \_\_\_\_\_

5. Has the camper ever had Convulsions or Seizures?/Convulsions, crises épileptiques?

Yes/Oui  No/Non

Explain/Expliquez : \_\_\_\_\_

6. Does the camper have Diabetes?/*Diabète?* Yes/*Oui*  No/*Non*   
 Explain/*Expliquez* : \_\_\_\_\_
7. Does the camper experience Nose Bleeds?/*Saignements du nez?* Yes/*Oui*  No/*Non*   
 Explain/*Expliquez* : \_\_\_\_\_
8. Does the camper experience any Sleeping Disturbances (i.e. sleep walking, bed wetting)?/*Troubles du sommeil (somnambulisme, pipi au lit)* : Yes/*Oui*  No/*Non*   
 Explain/*Expliquez* : \_\_\_\_\_
9. Does the camper require assistance with toileting: (use of products or physical assistance)?/*Besoin d'assistance avec élimination et propreté : (utilisation de produits ou l'aide physique)* : Yes/*Oui*  No/*Non*   
 Explain/*Expliquez* : \_\_\_\_\_
10. How does the camper get along with others?/*Difficulté à s'entendre avec les autres* : Yes/*Oui*  No/*Non*   
 Explain/*Expliquez* : \_\_\_\_\_
11. Does the camper experience Fears (i.e. heights, animals, dark...)?/*Peurs (hauteurs, animaux, noirceur...)* : Yes/*Oui*  No/*Non*   
 Explain/*Expliquez* : \_\_\_\_\_
12. Has the camper experienced suicidal thoughts?/*Pensée suicidaire* : Yes/*Oui*  No/*Non*   
 Explain/*Expliquez* : \_\_\_\_\_
13. Has the camper engaged in self harm? (e.g. cutting, self-mutilation, branding)/*Engagé dans l'automutilation* : Yes/*Oui*  No/*Non*   
 Explain/*Expliquez* : \_\_\_\_\_
14. Does the camper have any Physical Limitations?/*Limitations physiques* : Yes/*Oui*  No/*Non*   
 Explain/*Expliquez* : \_\_\_\_\_
15. Does the camper experience Motion Sickness?/*Mal des transports* : Yes/*Oui*  No/*Non*   
 Explain/*Expliquez* : \_\_\_\_\_
16. Does the camper have any Hearing Impairment?/*Déficience auditive* : Yes/*Oui*  No/*Non*   
 Explain/*Expliquez* : \_\_\_\_\_
17. Does the camper wear Glasses/Contacts?/*Lunettes ou lentilles de contact* : Yes/*Oui*  No/*Non*   
 Explain/*Expliquez* : \_\_\_\_\_
18. Other/*Autre* : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Child's Name/Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_

## Bereavement History/Renseignements sur le décès

---

1. Name of the person(s) who died/Nom de la (des) personne(s) décédée(s) \_\_\_\_\_
2. Relationship to the camper/Lien avec votre enfant \_\_\_\_\_
3. Date of death/Date du décès \_\_\_\_\_

Age of deceased at time of death/Âge de la personne au moment de son décès \_\_\_\_\_

4. How did this person(s) die?/Comment cette(ces) personne(s) est-elle (sont-elles) décédée(s)? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Does the camper know the cause of death?/Votre enfant connaît-il(elle) la cause du décès?

Yes/Oui  No/Non

6. How long was the person(s) sick?/Pendant combien de temps la(les) personne(s) a-t-elle (ont-elles) été malade(s)?

What was the camper's involvement during this time?/Quels étaient les rapports de l'enfant avec cette(ces) personne(s) pendant ce temps? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. Was the camper present at the time of death?/Votre enfant était-il(elle) présent(e) au moment du décès?

Yes/Oui  No/Non

Please explain circumstances/Veuillez expliquer les circonstances \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8. Did the camper attend the funeral/memorial service?/Votre enfant a-t-il(elle) assisté à l'enterrement ou au service commémoratif? Yes/Oui  No/Non

If yes, how did he/she manage: if no, why not?/Dans l'affirmative, comment a-t-il(elle) réagi? Dans la négative, pourquoi? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

9. Please explain how the camper shows that he/she is still grieving (i.e. any changes in school attendance, grades, interaction with others)/Veuillez expliquer de quelle façon votre enfant montre qu'il(elle) est encore en deuil (c.-à-d. changements dans son assiduité à l'école, ses notes, ses interactions avec les autres) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

10. Has the camper received any professional support (i.e. psychologist, psychiatrist, school counsellor, support group)?/Votre enfant a-t-il(elle) bénéficié d'une aide professionnelle (c.-à-d. psychologue, psychiatre, conseiller scolaire, groupe de soutien)?

Yes/Oui  No/Non

How long was the professional support provided?/Pendant combien de temps? \_\_\_\_\_

---

11. Has the camper experienced any other deaths?/Votre enfant a-t-il connu d'autres décès?

Yes/Oui  No/Non

Please explain/Veuillez expliquer : \_\_\_\_\_

---

12. Has there been any other changes/stresses in the camper's life (i.e. divorce, illness, relocation...)/Votre enfant a-t-il connu d'autres changements ou sources de stress dans sa vie (c.-à-d. divorce, maladie, déménagement...)

Yes/Oui  No/Non

Please explain/Veuillez expliquer : \_\_\_\_\_

---



Thank you for taking the time to complete this form.

Please mail at the address listed on page 2 OR Fax c/o

Stacey Peters 204-388-2049

Email: [speters@southernhealth.ca](mailto:speters@southernhealth.ca)

Merci de prendre le temps de remplir ce formulaire.

SVP l'envoyez à l'adresse indiquée à la page 2 OU

par télécopieur a/s Stacey Peters 204-388-2049

Courriel : [speters@southernhealth.ca](mailto:speters@southernhealth.ca)

### CONDITIONS OF ENROLMENT:

1. I give permission to Camp Bridges Committee to use photographs of the campers for promotional materials.
2. The parents/guardians submitting this form are those having legal custody of the child. Conditions of custody, if applicable, must be fully communicated in writing to the camp.
3. The parents/guardians, recognizing that Prairie Mountain Health and Southern Health-Santé Sud will do their part to provide qualified, well-trained staff and a safe environment, agree to assume all risks, and to release, indemnify, and save harmless the health regions and, its employees and representatives (on whose behalf this agreement is made) from any injury, loss or damage that may occur to the camper or camper's property.
4. I herewith give consent for the camp administration to secure medical treatment for the camper while in their care and to arrange for professional medical treatment in the event of an emergency. I give permission for the medical staff to administer medication. I give permission for qualified staff to administer an EpiPen, if needed.
5. I will notify the camp in writing if any change occurs in the camper's health within 3 weeks prior to attending camp;
6. The information included in this application is correct, so far as I know, and the person described herein has my permission to attend Camp Bridges and participate in all camp activities.

### CONDITIONS DE PARTICIPATION :

1. J'autorise le comité d'organisation du Camp Bridges à utiliser des photos des participants pour des documents de publicité.
2. Les parents ou tuteurs qui présentent ce formulaire ont la garde juridique de l'enfant. Les conditions de cette garde, le cas échéant, doivent toutes être communiquées par écrit aux responsables du camp.
3. Reconnaissant que Santé Prairie Mountain et Southern Health-Santé Sud feront leur part pour fournir du personnel qualifié et bien formé ainsi qu'un environnement sécuritaire, les parents ou tuteurs acceptent d'assumer tous les risques et de rendre quittes et indemnes les offices régionaux de la santé, leurs employés et représentants (au nom desquels cette entente est établie) en cas de blessure, de perte ou de dommage causés au campeur ou à ses biens.
4. Je consens à ce que les administrateurs du camp obtiennent des traitements médicaux pour mon enfant en cas d'urgence pendant qu'il est sous leur garde. Je consens à ce que le personnel médical lui administre des médicaments. Je consens aussi à ce que le personnel qualifié administre un EpiPen, au besoin.
5. Dans les trois semaines précédant le début du camp, je préviendrai les responsables du camp par écrit de tout changement concernant la santé du campeur.
6. À ma connaissance, les renseignements contenus dans cette demande sont corrects et j'autorise la personne décrite à participer au Camp Bridges et à prendre part à toutes les activités prévues.

Date: \_\_\_\_\_

Signature of Parent/Guardian:

\_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Signature du parent, du tuteur ou de la tutrice :

\_\_\_\_\_