

Remplir un (1) formulaire par enfant

ÉTÉ 2018

RENSEIGNEMENTS – ENFANT (CECI N'EST PAS UNE INSCRIPTION)

Nom de l'enfant :	_____	Sexe de l'enfant :	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
Adresse :	No _____ Rue _____	Âge :	_____
Date de naissance :	Ville _____ Code postal _____		
	_____ / _____ / _____		
	_____ Jour _____ Mois _____ Année _____		

Expériences antérieures
Votre enfant a-t-il déjà vécu des expériences de camp?

Camp de jour
 Camp de vacances

Nom de l'établissement : _____ Dernière année de fréquentation : _____

Est-ce que votre enfant a fréquenté un camp de jour l'année dernière?

oui, lequel? non

Camp de jour de ma municipalité
 Le camp de Grandpré (anciennement Les Bosquets Albert Hudon) Otterburn Park
 Les Amis Soleil de Saint-Bruno
 Autre, précisez : _____

Type d'incapacité

Auditive Trouble dans le spectre de l'autisme (TSA) Visuelle
 Intellectuelle Trouble de langage Autres – spécifiez : _____
 Motrice Problème de santé mentale Précisions sur l'incapacité : _____

Communication

Langage utilisé parlé non verbal
 gestuel un appareil de communication
Précisez : _____ (tableau blisss ou autres)

Compréhension

Votre enfant se fait comprendre oui non
Votre enfant comprend oui non
Précisez : _____

Alimentation

Votre enfant a besoin d'aide pour

Manger oui non
Boire oui non
Diète spéciale oui non

Problèmes rencontrés : _____

Habillage

Votre enfant a besoin d'aide pour s'habiller
 oui non
Précisez : _____

Déplacements

Votre enfant se déplace

à l'intérieur seul avec aide
à l'extérieur seul avec aide
en fauteuil roulant seul avec aide
 ne s'applique pas
autres appareils seul avec aide
Précisez : _____

Soins personnels

Votre enfant a besoin d'aide pour

Hygiène personnelle aller aux toilettes
 incontinence
 autre (s) : _____
Précisez : _____

Problèmes de santé particuliers

Votre enfant a des problèmes de santé supposant une intervention particulière de l'accompagnateur
 oui non

Si oui, nature des problèmes Gavage
 diabète problème respiratoire grave
 épilepsie problème cardiaque
 allergie sévère autre (s)
Actions requises : _____

Problèmes de comportement

Votre enfant a des problèmes de comportement
 oui non

Si oui, nature des problèmes
 agressivité envers lui-même opposition régulière
 agressivité envers les autres problème de fugue
 anxiété autre(s) : _____
 opposition occasionnelle
Précisez : _____

Interventions particulières de l'accompagnateur

Interventions requises par l'accompagnateur

rappel des consignes stimulation à la participation
 aide à l'orientation assistance pour aller chercher du matériel ou de la nourriture
 aide au transfert (fauteuil roulant)
 autre (s) _____
 aide aux transitions _____
Précisez : _____

Médication

Votre enfant prend-il un ou des médicaments (s)
 oui non

Si oui, spécifiez le nom du ou des médicaments et le ou les motifs :

Votre enfant peut prendre son ou ses médicaments sans aide
 oui non

AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES AVEC LE BESOIN D'ACCOMPAGNEMENT

RENSEIGNEMENTS – PÈRE, MÈRE OU TUTEUR

Mère Père Tuteur légal

Mère Père Tuteur légal

Nom et prénom :

Adresse :

No

Rue

No

Rue

Ville

Code postal

Ville

Code postal

Téléphone résidentiel :

Téléphone au travail :

Téléphone cellulaire :

Courriel :

SERVICES ACTUELS – SANTÉ/RÉADAPTATION

- CISSS de la Montérégie-Est/CLSC des Patriotes (volet psychosocial : travailleur social, psychoéducateur)
- CISSS de la Montérégie-Ouest/Centre montréalais de réadaptation – Saint-Hyacinthe (0-6ans DI-TSA et DP)
- CISSS de la Montérégie-Ouest /Programmes de déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme) – Beloeil (anciennement CRDITED) (7+ ans DI-TSA)
- CISSS de la Montérégie-Centre/Installation Institut Nazareth et Louis-Braille
- autre Spécifiez : _____

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS – SCOLAIRE

Identification des renseignements pouvant être communiqués et transmis :

- Plan d'intervention adapté;
- Renseignements sur les besoins d'encadrement de votre enfant;
- Renseignements concernant sa routine;
- Renseignements sur son comportement social lorsqu'il est en groupe lors d'activités

Nom de l'école : _____

Directeur de l'école

Nom

No de téléphone

Professionnels ou intervenants du service des ressources éducatives

Nom

No de téléphone

Autre

Nom

No de téléphone

AUTORISATION

En considération de ce qui précède, j'autorise les représentants des organismes nommés ci-dessus à communiquer les renseignements nécessaires dans le but de favoriser l'intégration de mon enfant au sein du camp de jour 2018.

Ce consentement couvre la période qui débute à la date de signature et qui se termine le 31 août 2018.

Signature du parent

date

CECI N'EST PAS UNE INSCRIPTION