

Remplir un (1) formulaire par enfant

ÉTÉ 2020

**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  Visuelle  Anxiété

Intellectuelle  Trouble du langage  Opposition

Motrice  Trouble dans le spectre de l'autisme (TSA)  Trouble du déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH)

Autres – spécifiez : \_\_\_\_\_ Précisions sur l'incapacité : \_\_\_\_\_

**Communication**

Langage utilisé  parlé  non verbal

gestuel  un appareil de communication

Précisez : \_\_\_\_\_ (tableau Bliss 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 :

Téléphone rés. ou cell.:

Téléphone au travail :

Courriel :

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

## SERVICES ACTUELS – SOCIAL/SANTÉ/RÉADAPTATION

CISSS de la Montérégie-Est/CLSC des Patriotes (volet psychosocial : travailleur social, psychoéducateur, éducateur)

CISSS de la Montérégie-Ouest

Programme 0-6 ans DI-TSA-DP

Programme DI 7 ans et +

Programme TSA 7 ans et +

Programme déficiences langagières et motrices (anciennement CMR)

CISSS de la Montérégie-Centre/Installation Institut Nazareth et Louis-Braille

autres, spécifiez : \_\_\_\_\_

## COMMISSION SCOLAIRE DES PATRIOTES – RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

**Identification des renseignements pouvant être communiqués et transmis :**

▪ Plan d'intervention adapté;

Nom de l'école : \_\_\_\_\_

▪ Renseignements sur les besoins d'encadrement de votre enfant;

Directeur de l'école

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

▪ Renseignements concernant sa routine;

▪ Renseignements sur son comportement social lorsqu'il est en groupe lors d'activités.

Professionnels ou intervenants du service des ressources éducatives

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Autre

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 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 2020.

J'autorise la municipalité à communiquer et transmettre aux organismes nommés ci-dessus le bilan de l'été quant au fonctionnement de mon enfant au camp de jour 2020 dans le but de mieux répondre aux besoins de ce dernier.

Ce consentement couvre la période qui débute à la date de signature et qui se termine le 30 septembre 2020.

\_\_\_\_\_  
Signature du parent

\_\_\_\_\_  
date

**CECI N'EST PAS UNE INSCRIPTION**