

Remplir un (1) formulaire par enfant

ÉTÉ 2019

## RENSEIGNEMENTS – ENFANT (L'inscription au camp de jour se fera ultérieurement)

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?

<input type="checkbox"/> Camp de jour	<b>Nom de l'établissement :</b> _____	<b>Dernière année de fréquentation :</b> _____
<input type="checkbox"/> Camp de vacances	_____	_____

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

oui, lequel?  non

Camp de jour de ma municipalité

Les Bosquets Albert Hudon, Otterburn Park

Les Amis Soleil de Saint-Bruno

Autre, précisez : \_\_\_\_\_

**Type d'incapacité**

Auditive  Motrice  Trouble de langage  Visuelle

Autisme  Intellectuelle  Trouble envahissant du développement  Autres – spécifiez : \_\_\_\_\_

Problème de santé mentale

<b>Communication</b>	<b>Problèmes de santé particuliers</b>
Langage utilisé <input type="checkbox"/> parlé <input type="checkbox"/> non verbal	Votre enfant a des problèmes de santé supposant une intervention particulière de l'accompagnateur
<input type="checkbox"/> gestuel <input type="checkbox"/> un appareil de communication (tableau bliss ou autres)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<b>Compréhension</b>	Si oui, nature des problèmes
Votre enfant se fait comprendre <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> diabète <input type="checkbox"/> problème respiratoire grave
Votre enfant comprend <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> épilepsie <input type="checkbox"/> problème cardiaque
	<input type="checkbox"/> allergie sévère <input type="checkbox"/> autre (s) _____

<b>Alimentation</b>	<b>Problèmes de comportement</b>
Votre enfant a besoin d'aide pour	Votre enfant a des problèmes de comportement
Manger <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Boire <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Si oui, nature des problèmes
Diète spéciale <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> agressivité envers lui-même <input type="checkbox"/> opposition régulière
Problèmes rencontrés : _____	<input type="checkbox"/> agressivité envers les autres <input type="checkbox"/> problème de fugue
	<input type="checkbox"/> anxiété <input type="checkbox"/> autre(s) _____
	<input type="checkbox"/> opposition occasionnelle

<b>Habillage</b>	<b>Interventions particulières de l'accompagnateur</b>
Votre enfant a besoin d'aide pour s'habiller	Interventions requises par l'accompagnateur
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> rappel des consignes <input type="checkbox"/> stimulation à la participation
	<input type="checkbox"/> aide à l'orientation <input type="checkbox"/> assistance pour aller chercher du matériel ou de la nourriture
	<input type="checkbox"/> aide au transfert (fauteuil roulant) <input type="checkbox"/> autre (s) _____
	<input type="checkbox"/> aide aux transitions _____
	(précisez) : _____

<b>Déplacements</b>	<b>Médication</b>
Votre enfant se déplace	Votre enfant prend-il un ou des médicaments (s)
à l'intérieur <input type="checkbox"/> seul <input type="checkbox"/> avec aide	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
à l'extérieur <input type="checkbox"/> seul <input type="checkbox"/> avec aide	Si oui, spécifiez le nom du ou des médicaments et le ou les motifs :
en fauteuil roulant <input type="checkbox"/> seul <input type="checkbox"/> avec aide	_____
<input type="checkbox"/> ne s'applique pas	_____
autres appareils <input type="checkbox"/> seul <input type="checkbox"/> avec aide	Votre enfant peut prendre son ou ses médicaments sans aide
	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

<b>Soins personnels</b>	
Votre enfant a besoin d'aide pour	
<input type="checkbox"/> ses soins personnels <input type="checkbox"/> aller aux toilettes	
<input type="checkbox"/> incontinence	
<input type="checkbox"/> autre (s) : _____	

## AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES AVEC LE BESOIN D'ACCOMPAGNEMENT


## RENSEIGNEMENTS – PARENT(S) OU TUTEUR

Parent 1    Parent 2    Tuteur légal       Parent 1    Parent 2    Tuteur légal

Nom et prénom :	_____	_____
Adresse :	No	Rue
	_____	_____
Téléphone résidentiel :	Ville	Code postal
	_____	_____
Téléphone au travail :	_____	_____
Téléphone cellulaire :	_____	_____
Courriel :	_____	_____

## SERVICES ACTUELS – SANTÉ/RÉADAPTATION

- CISSS de la Montérégie-Est/CLSC des Patriotes
- CISSS de la Montérégie-Ouest/Centre montréalais de réadaptation – Saint-Hyacinthe
- CISSS de la Montérégie-Ouest /Programmes de déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique – Beloeil (anciennement CRDITED)
- CISSS de la Montérégie-Centre/Institut Nazareth et Louis-Braille
- autre Spécifiez : \_\_\_\_\_

## AUTORISATION À PARTAGER DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS – SCOLAIRE

### Identification des renseignements pouvant être communiqués :

- 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 2019.

Ce consentement couvre la période qui débute à la date de signature et qui se termine le 31 août 2019.

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

\_\_\_\_\_  
date