

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?

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

Camp de jour _____
 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
 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 TSA 7 ans et +

Programme DI 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

Nom

No de téléphone

▪ Renseignements concernant sa routine;

Professionnels ou intervenants du service des ressources éducatives

Nom

No de téléphone

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

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 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