

Remplir un (1) formulaire par enfant

ÉTÉ 2022

**RENSEIGNEMENTS – ENFANT (Vous devez aussi remplir le formulaire d'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  
 Autre, précisez : \_\_\_\_\_

**Type d'incapacité**

Auditive  Motrice  Trouble de langage  Visuelle  
 Autisme  Intellectuelle  Trouble envahissant du développement  Autres – spécifiez : \_\_\_\_\_  
 Problème de santé mentale

**Communication**

Langage utilisé  parlé  non verbal  
 gestuel  un appareil de communication (tableau bliss ou autres)

**Problèmes de santé particuliers**

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

**Compréhension**

Votre enfant se fait comprendre  oui  non  
Votre enfant comprend  oui  non

**Problèmes de santé particuliers**

Si oui, nature des problèmes  
 diabète  problème respiratoire grave  
 épilepsie  problème cardiaque  
 allergie sévère  autre (s) \_\_\_\_\_

**Alimentation**

Votre enfant a besoin d'aide pour

Manger  oui  non  
Boire  oui  non  
Diète spéciale  oui  non

Problèmes rencontrés : \_\_\_\_\_

**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

**Habillage**

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

**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) : \_\_\_\_\_

**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

**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

**Soins personnels**

Votre enfant a besoin d'aide pour

ses soins personnels  aller aux toilettes  
 incontinence  
 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

No

Rue

Ville

Code postal

Ville

Code postal

Téléphone résidentiel :

Téléphone au travail :

Téléphone cellulaire :

Courriel :

## SERVICES ACTUELS – SANTÉ/RÉADAPTATION

- CISSS de la Montérégie-Ouest/CLSC des Jardins-de-Napierville
- CISSS de la Montérégie-Ouest/Centre montréalais de réadaptation – Châteauguay / Salaberry-de-Valleyfield
- CISSS de la Montérégie-Ouest / Programmes de déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique
- 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 2022.

Ce consentement couvre la période qui débute à la date de signature et qui se termine le 31 août 2022.

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

\_\_\_\_\_  
date