

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 :	_____	
	Ville _____ Code postal _____		_____	
Date de naissance :	_____ / _____ / _____	Langue parlée :	_____	
	Jour / Mois / Année			

Expériences antérieures et attentes
Votre enfant a-t-il déjà fréquenté :

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

Type d'incapacité

<input type="checkbox"/> Auditive	<input type="checkbox"/> Trouble dans le spectre de l'autisme (TSA)	<input type="checkbox"/> Visuelle
<input type="checkbox"/> Intellectuelle	<input type="checkbox"/> Trouble de langage	<input type="checkbox"/> Autres – spécifiez : _____
<input type="checkbox"/> Motrice	<input type="checkbox"/> Problème de santé mentale	Précision sur l'incapacité : _____

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

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

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

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

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

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 Maskoutains (volet psychosocial : travailleur social, psychoéducateur)
- 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 (anciennement CRDITED)
- CISSS de la Montérégie-Centre/Institut Nazareth et Louis-Braille
- autre Spécifiez : _____

***ATTENTION : Le dossier doit être actif**

SERVICES ACTUELS - SCOLAIRE

Identification des renseignements pouvant être communiqués et transmis :

Nom de l'école : _____

Directeur de l'école

NOM

No de téléphone

Professionnels ou intervenants du service des ressources éducatives

NOM

No de téléphone

Autres

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.

CECI N'EST PAS UNE INSCRIPTION AU CAMP DE JOUR

Ce consentement couvre la période qui débute à la date de signature et qui se termine le 1^{er} septembre 2018.

Signature du parent

date