

RENSEIGNEMENTS – ENFANT

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 :	_____ / _____ / _____	<p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> Année </p>		

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"/> Motrice	<input type="checkbox"/> Trouble de langage	<input type="checkbox"/> Visuelle
<input type="checkbox"/> Autisme	<input type="checkbox"/> Intellectuelle	<input type="checkbox"/> Trouble envahissant du développement	<input type="checkbox"/> Autres – <i>spécifiez</i> : _____
<input type="checkbox"/> Problème de santé mentale			

Communication

Langage utilisé

<input type="checkbox"/> parlé	<input type="checkbox"/> non verbal
<input type="checkbox"/> gestuel	<input type="checkbox"/> un appareil de communication (tableau Bliss ou autres)

Compréhension

Votre enfant se fait comprendre oui non

Votre enfant comprend oui non

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

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

Soins personnels

Votre enfant a besoin d'aide pour

ses soins personnels aller aux toilettes

incontinence

autre (s) : _____

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

<input type="checkbox"/> diabète	<input type="checkbox"/> problème respiratoire grave
<input type="checkbox"/> épilepsie	<input type="checkbox"/> problème cardiaque
<input type="checkbox"/> allergie sévère	<input type="checkbox"/> autre (s) _____

Problèmes de comportement

Votre enfant a des problèmes de comportement

oui non

Si oui, nature des problèmes

<input type="checkbox"/> agressivité envers lui-même	<input type="checkbox"/> opposition régulière
<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	

Interventions particulières de l'accompagnateur

Interventions requises par l'accompagnateur

<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) : _____

Médication

Votre enfant prend-il un ou des médicaments (s)

oui non

Si oui, spécifiez le nom du ou des médicaments (s) et le ou les motifs (s) :

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 :

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 santé (incluant infirmière scolaire)

Volet psychosocial (travailleur social, psychoéducateur, éducateur)

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 : _____

AUTORISATION À PARTAGER DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS – SCOLAIRE

Identification des renseignements pouvant être partagés (oral/écrit) :

▪ 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

Professionnels ou intervenants du service des ressources éducatives

Autres Spécifiez : _____

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 2017.

Ce consentement couvre la période qui débute à la date de signature et qui se termine le 1^{er} septembre 2017.

Signature du parent

date