

Remplir un (1) formulaire par enfant

RENSEIGNEMENTS – ENFANT

Nom de l'enfant :	_____	Sexe de l'enfant :	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
Adresse :	_____		
	N° Rue	Âge :	_____
	Ville Code postal		
Date de naissance :	_____/_____/_____		
	Jour Mois Année		

Expériences antérieures, attentes et besoins

Votre enfant a-t-il déjà fréquenté :

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

Désirez-vous que votre enfant intègre un groupe de camp de jour régulier : oui non

Si oui, indiquez vos choix de quartier (mettre vos 3 choix) :

1^{er} choix : _____ 2^e choix : _____ 3^e choix : _____

Indiquez vos besoins pour l'été 2020 :

<input type="checkbox"/> SEM. 1 (22 au 26 juin)	<input type="checkbox"/> SEM. 2 (29 juin au 3 juillet)	<input type="checkbox"/> SEM. 3 (6 au 10 juillet)	<input type="checkbox"/> SEM. 4 (13 au 17 juillet)
<input type="checkbox"/> SEM. 5 (20 au 24 juillet)	<input type="checkbox"/> SEM. 6 (27 au 31 juillet)	<input type="checkbox"/> SEM. 7 (3 au 7 août)	<input type="checkbox"/> SEM. 8 (10 au 14 août)

Indiquez vos besoins en service de garde :

AM MIDI PM

Type d'incapacité

Auditive Motrice Trouble de langage et de la parole Visuelle
 Santé Intellectuelle Trouble du spectre de l'autisme (TSA) Autre(s) : _____
 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)

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) : _____

Compréhension

Votre enfant se fait comprendre oui non

Votre enfant comprend oui non

Problèmes de comportement

Votre enfant a des problèmes de comportement

oui non

Si oui, nature des troubles

<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	

Alimentation

Votre enfant a besoin d'aide pour

Manger	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Boire	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Diète spéciale	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Problèmes rencontrés : _____

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) : _____	

Habillage

Votre enfant a besoin d'aide pour s'habiller

oui non

Déplacements

Votre enfant se déplace

à l'intérieur	<input type="checkbox"/> seul	<input type="checkbox"/> avec aide
à l'extérieur	<input type="checkbox"/> seul	<input type="checkbox"/> avec aide
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

Médication

Votre enfant prend-t-il un ou des médicament(s)

oui non

Si oui, spécifiez le nom du ou des médicament(s) et le ou les motif(s) :

Votre enfant peut prendre son ou ses médicaments sans aide

oui non

Soins personnels

Votre enfant a besoin d'aide pour

<input type="checkbox"/> ses soins personnels	<input type="checkbox"/> aller à la toilette
<input type="checkbox"/> incontinence	
<input type="checkbox"/> autre(s) : _____	

AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES AVEC LE BESOIN D'ACCOMPAGNEMENT

RENSEIGNEMENTS – PÈRE, MÈRE OU TUTEUR LÉGAL

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 / Programme 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;

Nom de l'école : _____

▪ Renseignements sur les besoins d'encadrement de votre enfant;

Directeur de l'école

▪ Renseignements concernant sa routine;

Professionnels ou intervenants du service des ressources éducatives

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

Autres Spécifiez : _____

Nom

N° 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.

Ce consentement couvre la période qui débute à la date de signature et qui se termine le 1^{er} septembre 2020.

Signature du parent

date

ENGAGEMENT DES PARENTS

Collaborer avec le personnel du programme d'accompagnement et fournir les informations nécessaires au bon fonctionnement de l'accueil des enfants.

Participer à la rencontre de parents avec votre enfant prévue en juin.

Pendant le camp de jour, prévenir **de tout retard** ou **absence dès que possible** OU **au plus tard à 7 h le matin même**.
(Si votre enfant s'absente sans préavis, le salaire de son accompagnateur vous sera facturé).

Signature du parent

date