

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	Langue parlée :	_____

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

- Auditive Trouble dans le spectre de l'autisme (TSA) Anxiété
 Intellectuelle Trouble de langage Opposition
 Motrice Visuelle Trouble déficitaire de l'attention (TDAH)

Précision 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) : _____

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 (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 psychosocial : travailleur social, psychoéducateur, éducateur, technicien en travail social)
- 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 :

- 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.

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 2022.

Signature du parent

date