

Remplir un (1) formulaire par enfant

ÉTÉ 2017

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		

Expériences antérieures

Votre enfant a-t-il déjà vécu des expériences de camp?

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

Est-ce que votre enfant a fréquenté un camp de jour l'année dernière?

oui, lequel? non

Camp de jour de ma municipalité

Les Bosquets Albert Hudon, Otterburn Park

Les Amis Soleil de Saint-Bruno

Autre, précisez : _____

Type d'incapacité

Auditive Motrice Trouble de langage Visuelle

Autisme Intellectuelle Trouble envahissant du développement Autres – *spécifiez* : _____

Problème de santé mentale Précisions 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) : _____

Précisez : _____

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

diabète Gavage

épilepsie problème respiratoire grave

allergie sévère problème cardiaque

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 et le ou les motifs :

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 Patriotes Volet santé (incluant infirmière scolaire) Volet psychosocial (travailleur social, psychoéducateur)
 CISSS de la Montérégie-Ouest/Centre montérégien de réadaptation – Saint-Hyacinthe
 CISSS de la Montérégie-Ouest /Programmes de déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique – Beloeil (anciennement CRDITED)
 CISSS de la Montérégie-Centre/Installation Institut Nazareth et Louis-Braille
 autre Spécifiez : _____

AUTORISATION À PARTAGER DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS – 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 2017.

Ce consentement couvre la période qui débute à la date de signature et qui se termine le 31 août 2017.

CECI N'EST PAS UNE INSCRIPTION

Signature du parent

date