

## 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**

<input type="checkbox"/> Auditive	<input type="checkbox"/> Trouble dans le spectre de l'autisme (TSA)	<input type="checkbox"/> Anxiété
<input type="checkbox"/> Intellectuelle	<input type="checkbox"/> Trouble de langage	<input type="checkbox"/> Opposition
<input type="checkbox"/> Motrice	<input type="checkbox"/> Visuelle	<input type="checkbox"/> Trouble déficitaire de l'attention (TDAH)

Précision sur l'incapacité : \_\_\_\_\_

<b>Communication</b> Langage utilisé <input type="checkbox"/> parlé <input type="checkbox"/> non verbal <input type="checkbox"/> gestuel <input type="checkbox"/> un appareil de communication Précisez : _____ (tableau Bliss ou autres)	<b>Problèmes de santé particuliers</b> Votre enfant a des problèmes de santé supposant une intervention particulière de l'accompagnateur <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, nature des problèmes <input type="checkbox"/> gavage <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) _____ Actions requises : _____
--	---

<b>Compréhension</b> Votre enfant se fait comprendre <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Votre enfant comprend <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Précisez : _____	<b>Problèmes de comportement</b> Votre enfant a des problèmes de comportement <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> 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 Précisez : _____
--	---

<b>Alimentation</b> 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 : _____	<b>Interventions particulières de l'accompagnateur</b> 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 : _____
---	---

<b>Habillage</b> Votre enfant a besoin d'aide pour s'habiller <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Précisez : _____	<b>Médication</b> Votre enfant prend-il un ou des médicaments (s) <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
---	--

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

## 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 2021.

**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<sup>er</sup> septembre 2021.

\_\_\_\_\_  
Signature du parent

\_\_\_\_\_  
date