

Remplir un (1) formulaire par enfant

ÉTÉ 2020

RENSEIGNEMENTS – ENFANT (L'inscription au camp de jour se fera ultérieurement)

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
Type d'incapacité
 Auditive Motrice Trouble de langage Visuelle
 Autisme Intellectuelle Trouble envahissant du développement Autres – spécifiez : _____
 Problème de santé mentale
Communication
Langage utilisé parlé non verbal
 gestuel 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

 diabète problème respiratoire grave
 épilepsie problème cardiaque
 allergie sévère autre (s) _____
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
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 des Laurentides

CLSC de Saint-Jérôme

Le Florès

autre *Spécifiez :* _____

AUTORISATION À PARTAGER DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS – SCOLAIRE

Identification des renseignements pouvant être communiqués :

- 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 2020.

Ce consentement couvre la période qui débute à la date de signature et qui se termine le 31 août 2020.

Signature du parent

date