

Remplir un (1) formulaire par enfant

ÉTÉ 2015

RENSEIGNEMENTS – ENFANT

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 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	_____	_____

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

oui non Quel serait votre souhait?

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

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 _____

opposition occasionnelle (s) : _____

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

- CSSSRY/CLSC (*Centre local de services communautaires*)
- CMR (*Centre montérégien de réadaptation*)
- CRDITED (*centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement*)
- INLB (*Institut Nazareth et Louis-Braille*)
- 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

Professionnels ou intervenants du service des ressources éducatives

Autres Spécifiez : _____

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 2015.

Ce consentement couvre la période qui débute à la date de signature et qui se termine le 29 août 2015.

Signature du parent

date