

(CECI N'EST PAS UNE INSCRIPTION)

Nom de famille :		Prénom :	
Adresse :			
Code postal :		Sexe :	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Date de naissance :		Âge :	
<input type="checkbox"/> Fait partie d'une fratrie connue du camp Nom de la fratrie :			

Expériences antérieures

Votre enfant a-t-il déjà vécu des expériences de camp?	Nom de l'établissement :	Dernière année de fréquentation :
<input type="checkbox"/> Camp de jour		
<input type="checkbox"/> Camp de vacances		
Est-ce que votre enfant a fréquenté un camp de jour l' année dernière ? <input type="checkbox"/> Oui, lequel? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Camp de jour de ma municipalité <input type="checkbox"/> Autre, précisez :		

Type d'incapacité

<input type="checkbox"/> Auditive <input type="checkbox"/> Intellectuelle <input type="checkbox"/> Motrice <input type="checkbox"/> Autres- précifiez :	<input type="checkbox"/> Visuelle <input type="checkbox"/> Trouble du langage <input type="checkbox"/> Trouble du spectre de l'autisme (TSA)	<input type="checkbox"/> Anxiété <input type="checkbox"/> Opposition <input type="checkbox"/> Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H)
Précisions sur l'incapacité :		

Communication

Langage utilisé <input type="checkbox"/> Verbale <input type="checkbox"/> Un appareil de communication Précisez :	<input type="checkbox"/> Non verbal <input type="checkbox"/> Pictogramme	<input type="checkbox"/> Gestuel
--	---	----------------------------------

Compréhension

Votre enfant se fait comprendre	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Votre enfant comprend	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Précisez :	

Alimentation

Votre enfant a besoin d'aide pour :	
Manger	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Boire	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Diète spéciale	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Précisez :	

Habillage

Votre enfant a besoin d'aide pour s'habiller	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Précisez :	

Déplacement

Votre enfant se déplace :	
À l'intérieur	Seul <input type="checkbox"/> Avec aide <input type="checkbox"/>
À l'extérieur	Seul <input type="checkbox"/> Avec aide <input type="checkbox"/>
En fauteuil roulant	Seul <input type="checkbox"/> Avec aide <input type="checkbox"/> Ne s'applique pas <input type="checkbox"/>
Autre appareils	Seul <input type="checkbox"/> Avec aide <input type="checkbox"/>
Précisez :	

Soins personnels

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) : _____
Précisez :	

Problème de santé particuliers

Votre enfant a des problèmes de santé supposant une intervention particulière de l'accompagnateur?		
Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
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"/> Autres, précisez : _____		
Actions requises :		

Problèmes de comportement

Votre enfant a des problèmes de comportement?

Oui

Non

Si oui, nature des problèmes :

Agressivité envers lui-même

Agressivité envers les autres

Anxiété

Opposition occasionnel

Opposition régulière

Problème de fugue

Autres, précisez : _____

Actions requises :

Interventions particulières de l'accompagnateur

Intervention requise par l'accompagnateur

Rappel des consignes

Stimulation à la participation

Aide à l'orientation

Assistance pour aller chercher du matériel

Aide aux transferts (fauteuil roulant)

Aide aux transitions, méthodes utilisées : _____

Autres, précisez : _____

Techniques d'interventions utilisées : _____

Médication

Votre enfant prend-il un ou des médicaments?

Oui

Non

Si oui, précisez le nom du ou des médicaments et le ou les motifs :

Votre enfant peut prendre son ou ses médicaments sans aide :

Oui

Non

L'enfant a-t-il vécu un changement ou des difficultés particulières dans la dernière année?

Autres informations pertinentes avec le besoin d'accompagnement

Renseignements- père, mère ou tuteur

Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/>		Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/>	
Nom et prénom :		Nom et prénom :	
Téléphone :		Téléphone :	
Bureau :		Bureau :	
Cellulaire :		Cellulaire :	
Courriel :		Courriel :	

Services actuels- social/santé/réadaptation

CISSS de la Montérégie-Est / CLSC de la MRC d'Acton ou CLSC des Maskoutains (Volet psychosocial : travail social, psychoéducatrice et éducateur spécialisé)

Nom du professionnel : _____

Fonction : _____

Nom du professionnel : _____

Fonction : _____

Nom du professionnel : _____

Fonction : _____

CISSS de la Montérégie-Ouest

Programme 0-6 ans DI-TSA-DP

Programme TSA 7 ans et +

Programme DI 7 ans et +

Programme déficiences langagières et motrices (anciennement CMR)

Nom du professionnel : _____

Fonction : _____

CISSS de la Montérégie-Centre/ Installation Institut Nazareth et Louis-Braille

Nom du professionnel :

Fonction : _____

Autres, spécifiez : _____

Centre de services scolaires des Maskoutains- Renseignements personnels

Identification des renseignements pouvant être communiqués :

<input type="checkbox"/> Plan d'intervention adapté; <input type="checkbox"/> Renseignements sur les besoins d'encadrement de votre enfant; <input type="checkbox"/> Renseignements concernant sa routine; <input type="checkbox"/> Renseignements sur son comportement social lorsqu'il est en groupe lors d'activités	Nom de l'école : _____
	<input type="checkbox"/> Directeur de l'école : _____
	Nom _____ No de téléphone _____ <input type="checkbox"/> Professionnels ou intervenants du service des ressources éducatives : _____
	Nom _____ No de téléphone _____ <input type="checkbox"/> Autres : _____
	Nom _____ No de téléphone _____

Autorisation

- 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
- J'autorise la municipalité d'Upton à communiquer et transmettre aux organismes nommés ci-dessus le bilan de l'été quant au fonctionnement de l'enfant au camp de jour 2023 dans le but de mieux répondre aux besoins de ce dernier.

Ce consentement couvre la période qui débute à la date de signature et qui se termine le 30 septembre 2023.

Signature du parent

Date