



RENSEIGNEMENTS – ENFANT

Nom et prénom de l'enfant : _____	Sexe de l'enfant : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
Adresse : No _____ Rue _____	Âge : _____ (en date du mois de juin 2024)
Ville _____ Code postal _____	
Date de naissance : _____ / _____ / _____ Jour Mois Année	

<p>Personnalité de l'enfant</p> <input type="checkbox"/> Sociable : <input type="checkbox"/> Timide <input type="checkbox"/> Agité <input type="checkbox"/> Calme <input type="checkbox"/> S'intègre dans un groupe <input type="checkbox"/> facilement <input type="checkbox"/> difficilement <input type="checkbox"/> Interagit avec autrui : <input type="checkbox"/> facilement <input type="checkbox"/> difficilement	<p>Hypersensibilité</p> <input type="checkbox"/> Auditive <input type="checkbox"/> Visuelle <input type="checkbox"/> Tactile <input type="checkbox"/> Aux foules <input type="checkbox"/> Autres (préciser) : _____
<p>Types d'incapacité et niveau de sévérité : 1. Léger 2. Modéré 3. Sévère</p>	
<input type="checkbox"/> Auditive <input type="checkbox"/> Visuelle <input type="checkbox"/> Trouble de langage et de la parole <input type="checkbox"/> Trouble envahissant du développement <input type="checkbox"/> Motrice <input type="checkbox"/> Autisme <input type="checkbox"/> Déficit d'attention ou hyperactivité <input type="checkbox"/> Problème de santé mentale <input type="checkbox"/> Physique <input type="checkbox"/> Intellectuelle <input type="checkbox"/> Autre (s) : _____ Veuillez inscrire les diagnostics reçus :	
<p>Communication (langue utilisée)</p> <input type="checkbox"/> Verbale <input type="checkbox"/> Francophone <input type="checkbox"/> Anglophone <input type="checkbox"/> Non Verbale <input type="checkbox"/> Appareil de communication (tableau ou autres) <input type="checkbox"/> Gestuelle <input type="checkbox"/> Autres : _____	<p>Soins personnels</p> <p>Votre enfant a besoin d'aide pour : <input type="checkbox"/> Aucune aide requise</p> <input type="checkbox"/> Ses soins personnels <input type="checkbox"/> Pour s'habiller <input type="checkbox"/> Aller à la toilette <input type="checkbox"/> Nécessite équipement <input type="checkbox"/> Nécessite assistance complète
<p>Compréhension</p> Votre enfant se fait comprendre <input type="checkbox"/> Facilement <input type="checkbox"/> Difficilement Votre enfant comprend les consignes <input type="checkbox"/> Facilement <input type="checkbox"/> Difficilement Préciser : _____	<p>Problèmes de santé particuliers</p> <p><i>L'enfant présente des problèmes de santé nécessitant une intervention particulière de l'accompagnateur :</i></p> <p><i>Si oui, quelle est la nature des problèmes ?</i></p> <input type="checkbox"/> Incontinence <input type="checkbox"/> Problème respiratoire <input type="checkbox"/> Épilepsie <input type="checkbox"/> Allergie sévère : _____ <input type="checkbox"/> Problème cardiaque <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Autres (préciser) : _____
<p>Alimentation</p> <p>Votre enfant a besoin d'aide pour :</p> 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 Préciser : _____	<p>Problèmes de comportement</p> <p><i>L'enfant a des problèmes de comportement.</i></p> <p><i>Si oui, quelle est la nature des problèmes :</i></p> <input type="checkbox"/> Connaissance du danger <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Hyperactivité <input type="checkbox"/> Anxiété <input type="checkbox"/> Agressivité envers lui-même <input type="checkbox"/> Agressivité envers les autres <input type="checkbox"/> Opposition occasionnelle <input type="checkbox"/> Opposition régulière <input type="checkbox"/> Impulsivité <input type="checkbox"/> Problème de fugue <input type="checkbox"/> Imité les comportements inadéquats des autres enfants <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____
<p>Déplacements</p> <p>Votre enfant se déplace : <input type="checkbox"/> ne s'applique pas</p> 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 avec marchette <input type="checkbox"/> seul <input type="checkbox"/> avec aide Monter et descendre un escalier <input type="checkbox"/> seul <input type="checkbox"/> avec aide Préciser : _____	

AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES AVEC LES BESOINS PARTICULIERS

RENSEIGNEMENTS – RÉPONDANT PRINCIPAL, RÉPONDANT SECONDAIRE

Répondant principal

Répondant secondaire

Nom et prénom :

Adresse :

No

Rue

No

Rue

Ville

Code postal

Ville

Code postal

Téléphone résidentiel :

Téléphone au travail :

Téléphone cellulaire :

Courriel :

ANTÉCÉDENTS D'INTÉGRATION

Votre enfant a-t-il déjà vécu des expériences de camp ? (cocher toutes les cases appropriées)

CPE ou garderie

Classe scolaire spécialisée

Accompagnement en classe ordinaire

Camp de jour

Activité parascolaire

Service de garde

Autres :

SESSION À COMPLÉTER PAR L'INTERVENANT

Quels sont les outils utilisés pour faciliter l'intégration ?

Indicateur de temps (ex. horlogue)

Horaire personnalisé

Gestes (lesquels)

Pictogrammes (lesquels)

Tableau de récompenses

Autres :

Quel est le ratio recommandé ?

1/1

1/2

1/3

1/4

1/5

Autre ratio : _____

Quel est le groupe d'âge recommandé ?

5-6 ans

7-8 ans

9-10 ans

11-12 ans

Participation :

Temps plein

Temps partiel

Nombre de semaines recommandées :

Professionnels ou intervenants.

Nom :

Téléphone

Spécifier :

Signature de l'intervenant

Organisme

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 2024.

Ce consentement couvre la période qui débute à la date de signature et qui se termine le 31 août 2024.

Signature du parent

Date