

## FORMULAIRE DE RENSEIGNEMENT

Remplir un (1) formulaire par enfant

## RENSEIGNEMENTS – ENFANT

ÉTÉ 2023

(CECI N'EST PAS UNE INSCRIPTION)

Nom de l'enfant : _____	Sexe de l'enfant : <input type="checkbox"/> Masculin
Adresse : _____ No Rue	<input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Non-binaire
Ville Code postal	Âge: _____
Date de naissance : _____ Jour Mois Année	<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 : \_\_\_\_\_

Camp de jour \_\_\_\_\_  
 Camp de vacances \_\_\_\_\_

Est-ce que votre enfant a fréquenté un camp de jour l'année dernière?  
 oui, lequel?  non

Camp de jour de ma municipalité  
 Les Amis Soleil de Saint-Bruno  
 Autre, précisez : \_\_\_\_\_

**Type d'incapacité**

Auditive  Visuelle  Anxiété  
 Intellectuelle  Trouble du langage  Opposition  
 Motrice  Trouble dans le spectre de l'autisme (TSA)  Trouble du déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH)  
 Autres – spécifiez : \_\_\_\_\_ Précisions 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 : _____ <input type="checkbox"/> (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
---	--

<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 : _____	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>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>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"/> <input type="checkbox"/> opposition occasionnelle autre(s) : _____ Précisez : _____
---	---

<b>Habillage</b> Votre enfant a besoin d'aide pour s'habiller <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Précisez : _____	<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 <input type="checkbox"/> aide au transfert (fauteuil roulant) chercher du matériel ou de la nourriture <input type="checkbox"/> autre (s) _____ <input type="checkbox"/> aide aux transitions _____ Précisez : _____
---	---

<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>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 et le ou les motifs : _____
---	---

<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) : _____	Votre enfant peut prendre son ou ses médicaments sans aide
Précisez : _____	
	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

m-a-j 2022-12-07

### 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

	<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Tuteur légal	<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Tuteur légal
Nom et prénom :	_____	_____
Téléphone rés. ou cell.:	_____	_____
Téléphone au travail :	_____	_____
Courriel :	_____	_____

### SERVICES ACTUELS – SOCIAL/SANTÉ/RÉADAPTATION

**CISSS de la Montérégie-Est/CLSC des Patriotes** (volet psychosocial : travailleur social, psychoéducateur, éducateur)  
 Nom du professionnel : \_\_\_\_\_  
 Fonction : \_\_\_\_\_

**CISSS de la Montérégie-Ouest**  
 Programme 0-6 ans DI-TSA-DP       Programme DI 7 ans et +  
 Programme TSA 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 SCOLAIRE DES PATRIOTES – RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

#### Identification des renseignements pouvant être communiqués et transmis :

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Plan d'intervention adapté;</li> <li>▪ Renseignements sur les besoins d'encadrement de votre enfant;</li> <li>▪ Renseignements concernant sa routine;</li> <li>▪ Renseignements sur son comportement social lorsqu'il est en groupe lors d'activités.</li> </ul>	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"/> Autre _____ 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 2023.

J'autorise la municipalité à communiquer et transmettre aux organismes nommés ci-dessus le bilan de l'été quant au fonctionnement de mon 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