

Remplir un (1) formulaire par enfant

ÉTÉ 2023

RENSEIGNEMENTS – ENFANT

<p>Nom de l'enfant : _____</p> <p>Adresse : _____</p> <p style="margin-left: 40px;">N° Rue</p> <p style="margin-left: 40px;">Ville Code postal</p> <p>Date de naissance : _____</p> <p style="margin-left: 40px;">Jour Mois Année</p>	<p>Sexe de l'enfant :</p> <p><input type="checkbox"/> Masculin    <input type="checkbox"/> Féminin</p> <p>Âge : _____</p>
---	---

**Expériences antérieures, attentes et besoins**

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 groupe de camp de jour régulier :  oui  non

Indiquez vos besoins pour l'été 2023 :

<input type="checkbox"/> SEM. 1 (26 juin au 30 juin)	<input type="checkbox"/> SEM. 2 (3 au 7 juillet)	<input type="checkbox"/> SEM. 3 (10 au 14 juillet)	<input type="checkbox"/> SEM. 4 (17 au 21 juillet)
<input type="checkbox"/> SEM. 5 (24 au 28 juillet)	<input type="checkbox"/> SEM. 6 (31 juillet au 4 août)	<input type="checkbox"/> SEM. 7 (7 au 11 août)	<input type="checkbox"/> SEM. 8 (14 au 18 août)

Indiquez vos besoins en service de garde :

AM     MIDI     PM

**AVIS IMPORTANT :**

Cette section doit être complétée de manière très précise par le parent. Les informations figurant ci-dessous serviront à définir les besoins d'accompagnement de votre enfant ainsi que le ratio nécessaire pour apporter l'aide dont il a besoin. Si les informations ne sont pas justes et précises et que votre enfant requiert plus de soin que vous ne l'avez déclaré, le Comité des loisirs Ste-Hélène et la Municipalité de Sainte-Hélène-de-Bagot se réservent le droit de cesser le service et de demander une contribution financière supplémentaire aux parents, et ce, à la seule charge de ces derniers afin d'offrir le service d'accompagnement requis.

**Type d'incapacité**

Auditive     Motrice     Trouble de langage et de la parole     Visuelle  
 Santé     Intellectuelle     Trouble du spectre de l'autisme (TSA)     Autre(s) : \_\_\_\_\_  
 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 à la toilette  
 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 troubles :

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-t-il un ou des médicament(s) :  
 oui     non

Si oui, spécifiez le nom du ou des médicament(s) et le ou les motif(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 LÉGAL

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 de la Montérégie-Est / CLSC des Maskoutains :  Volet santé (incluant infirmière scolaire)  Volet psychosocial (travailleur social, psychoéducateur, éducateur)
- CISSS de la Montérégie-Ouest / Centre montérégien de réadaptation – Saint-Hyacinthe
- CISSS de la Montérégie-Ouest / Programme de déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique (anciennement CRDITED)
- CISSS de la Montérégie-Centre / Institut Nazareth et Louis-Braille
- Autre (spécifiez) : \_\_\_\_\_

## AUTORISATION À PARTAGER DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS - SCOLAIRE

### Identification des renseignements pouvant être partagés (oral/écrit) :

▪ Plan d'intervention adapté;

Nom de l'école : \_\_\_\_\_

▪ Renseignements sur les besoins d'encadrement de votre enfant;

Directeur de l'école

▪ Renseignements concernant sa routine;

Professionnels ou intervenants du service des ressources éducatives

▪ Renseignements sur son comportement social lorsqu'il est en groupe lors d'activités

Autres (spécifiez) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nom

\_\_\_\_\_

N° 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 2023.

Ce consentement couvre la période qui débute à la date de signature et qui se termine le 1<sup>er</sup> septembre 2023.

\_\_\_\_\_

Signature du parent

\_\_\_\_\_

Date

## ENGAGEMENT DES PARENTS

Collaborer avec le personnel du programme d'accompagnement et fournir les informations nécessaires au bon fonctionnement de l'accueil des enfants.

Participer à la rencontre de parents avec votre enfant prévue en juin.

Pendant le camp de jour, prévenir **de tout retard** ou **absence dès que possible** OU **au plus tard à 7 h 00 le matin même**.  
(Si votre enfant s'absente sans préavis, le montant du salaire de son accompagnateur vous sera facturé).

\_\_\_\_\_

Signature du parent

\_\_\_\_\_

Date