

# Programme d'accompagnement 2021

## Formulaire de renseignements personnels - Enfant

Photo de l'enfant

Nom et prénom de l'enfant:   F  M

Date de naissance (j/m/année):  No. assurance maladie:

Adresse:

Ville:  Code postal:

Langue parlée à la maison:  Langue parlée à l'école:

École fréquentée:  Niveau:

Votre enfant est-il dans une classe spécialisée? Programme:

Votre enfant a-t-il un accompagnateur en classe? Combien d'heures par semaine:

### Expériences antérieures

Votre enfant a-t-il déjà fréquenté un camp de jour?  Oui  Non

Si oui, nom du camp:  Dernière année de fréquentation:

### Indiquer vos besoins pour l'été 2021

Indiquez votre choix de camp de jour pour l'été 2021 (nom du camp et site)

Sem. 1 (28 juin au 2 juillet)  Sem. 2 (5 au 9 juillet)  Sem. 3 (12 au 16 juillet)  Sem. 4 (19 au 23 juillet)

Sem. 5 (26 au 30 juillet)  Sem. 6 (2 au 6 août)  Sem. 7 (9 au 13 août)  Sem. 8 (16 au 20 août)

### Service de garde (7 h à 9 h et 16 h à 18 h)

Oui  Non

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	
<input type="checkbox"/> Matin	<input type="checkbox"/> Matin	<input type="checkbox"/> Matin	<input type="checkbox"/> Matin	<input type="checkbox"/> Matin	Heure d'arrivée: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Soir	<input type="checkbox"/> Soir	<input type="checkbox"/> Soir	<input type="checkbox"/> Soir	<input type="checkbox"/> Soir	
<input type="checkbox"/> Matin et soir	<input type="checkbox"/> Matin et soir	<input type="checkbox"/> Matin et soir	<input type="checkbox"/> Matin et soir	<input type="checkbox"/> Matin et soir	Heure de départ: <input type="text"/>

### Type d'incapacité ou diagnostique

- Auditive  Intellectuelle  Motrice  Trouble de langage et de la parole
- Autisme  TDAH  Visuelle  Problème de santé mentale

Autre(s):

### Communication

Langage utilisé

- Parlé  Non verbal
- Gestuel  Un appareil de communication  
(Pictogrammes et autres)

Précisez:

### Compréhension

- Votre enfant se fait comprendre  Oui  Non
- Votre enfant comprend  Oui  Non

Précisez:

### Alimentation

Votre enfant a-t-il besoin d'aide pour:

- Manger  Boire  Diète spéciale

Précisez:

### Habillage

- Votre enfant a besoin d'aide pour s'habiller:  Oui  Non

Précisez:

### Déplacements

Ne s'applique pas

Votre enfant se déplace

- À l'intérieur  Seul  Avec aide
- À l'extérieur  Seul  Avec aide
- En fauteuil roulant  Seul  Avec aide

Autre(s):

### Problèmes de santé particuliers

Votre enfant a-t-il des problèmes de santé nécessitant une intervention particulière de l'accompagnateur?

- Oui  Non

Si oui, nature des problèmes:

- Diabète  Problème respiratoire  Problème cardiaque

Épilepsie Allergie sévère:

Autre(s):

### Soins personnels

Votre enfant a besoin d'aide pour:  Rappel pour aller à la toilette

- Aller à la toilette  Faire ses transferts à la toilette

- S'essuyer  Changements de couches

Autre(s):

### Médication

Votre enfant prend-t-il des médicaments?  Oui  Non

Si oui, spécifiez le nom des médicaments et les motifs:

Le médicament doit-il être pris pendant le camp?  Oui  Non

Si oui, à quel moment:

Besoins spécifiques lors de la prise de médicament:

### Particularités comportementales

Votre enfant a-t-il des problèmes de comportement ?

Oui  Non

Si oui, nature des troubles:

Agressivité envers lui-même  Opposition occasionnelle  
 Agressivité envers les autres  Opposition régulière  
 Anxiété  Problème de fugue

Précisez:

### Interventions particulières de l'accompagnateur

Interventions requises par l'accompagnateur:

Stimulation à la participation  Aide à l'orientation  
 Aide au transfert (fauteuil roulant)  Rappel des consignes  
 Assistance pour aller chercher du matériel ou de la nourriture

Autre(s):

Aide aux transitions (précisez)

### Autres informations

Votre enfant a peur de:

Ses activités préférées sont:

Quelles sont ses forces?

Les meilleures façons pour encourager/motiver votre enfant:

Autres informations pertinentes?

### Renseignements - Père, mère ou tuteur

L'enfant habite avec :  Ses deux parents  Sa mère  Son père  Garde partagée  Famille d'accueil  
 Mère  Père  Tuteur

Nom et prénom:  Téléphone:

Cellulaire:  Courriel:

Mère  Père  Tuteur  Autre

Nom et prénom:  Téléphone:

Cellulaire:  Courriel:

### Autorisation à partager des renseignements sur les services actuels - santé - réadaptation

Votre enfant a-t-il déjà eu un suivi dans un des établissements suivants:

CISSS de la Montérégie-Est/CLSC Longueuil Ouest ou CLSC Simone-Monet-Chartrand  
 CISSS de la Montérégie-Centre/CLSC Samuel-de-Champlain ou CLSC Saint-Hubert  
 CISSS de la Montérégie-Centre/Institut Nazareth et Louis-Braille  
 CISSS de la Montérégie-Ouest/Centre montérégien de réadaptation en déficience physique  
 CISSS de la Montérégie-Ouest/Centre de réadaptation en déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme

Nom de l'intervenant:  Téléphone:  Poste

Adresse courriel:

Nom de l'intervenant:  Téléphone:  Poste

Adresse courriel:

En considérant ce qui précède, j'autorise le ou les organismes nommés ci-dessus à communiquer les renseignements nécessaires, par écrit ou verbalement, dans le but de favoriser l'intégration de mon enfant au sein d'un camp de jour en 2021. Ce consentement couvre la période débutant à la date de la signature et se terminant le 31 août 2021.

Date:

\_\_\_\_\_  
Signataire

### Autorisation à partager des renseignements sur les services actuels - scolaire

Nom de l'école:

Nom de l'intervenant:   Directeur de l'école  
 Professionnels ou intervenants du Service des ressources éducatives

Téléphone:  Poste  Autre(s) spécifiez:

Adresse courriel:

En considérant ce qui précède, j'autorise le ou les organismes nommés ci-dessus à communiquer les renseignements nécessaires, par écrit ou verbalement, afin de répondre adéquatement aux besoins spécifiques de l'enfant dans le but de favoriser l'intégration de mon enfant au sein d'un camp de jour en 2021. Ce consentement couvre la période débutant à la date de la signature et se terminant le 31 août 2021.

Date:

\_\_\_\_\_  
Signataire

### Autorisation

J'autorise le camp de jour  à acheminer aux responsables de la Ville de Longueuil, la fiche d'inscription de mon enfant ainsi que ce formulaire de renseignements personnels. Le responsable s'assurera de faire suivre la fiche au comité consultatif afin d'assurer l'intégration de votre enfant au sein du camp de jour 2021.

Date:

\_\_\_\_\_  
Signataire