

1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR L'ENFANT

Prénom de l'enfant :		Âge au 30 septembre dernier :	
Nom de l'enfant :		Date de naissance (JJ-MM-AA) :	
Genre :	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	# Assurance-maladie :	
Nom parent 1 :		Nom du parent 2 :	
Adresse parent 1 :		Adresse parent 2 (si différente) :	
Tél. rés. parent 1 :		Tél. rés. Parent 2 (si différent) :	
Cell. Parent 1 :		Cell. Parent 2 :	
Travail parent 1 :		Travail parent 2 :	
Courriel parent 1 :		Courriel parent 2 :	
Contact en cas d'urgence :		Lien avec l'enfant :	
		Tél. contact d'urgence :	

2. FRÉQUENTATION

SEMAINE	CAMP DE JOUR	SERVICE DE GARDE* AM : 6 H 30 À 9 H / PM : 16 H À 18 H
Semaine 1 : 25 juin au 27 juin	<input type="checkbox"/>	AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>
Semaine 2 : 30 juin au 4 juillet (Ouvert 1er juillet)	<input type="checkbox"/>	AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>
Semaine 3 : 7 au 11 juillet	<input type="checkbox"/>	AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>
Semaine 4 : 14 au 18 juillet	<input type="checkbox"/>	AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>
Semaine 5 : 21 au 25 juillet	<input type="checkbox"/>	AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>
Semaine 6 : 28 juillet au 1er août	<input type="checkbox"/>	AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>
Semaine 7 : 4 au 8 août	<input type="checkbox"/>	AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>
Mini-camp : 11 au 15 août (Capacité très limitée)	<input type="checkbox"/>	AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>

*Veuillez noter que nous offrons un maximum de deux heures de service de garde par jour. Ces heures peuvent être combinées en AM ou PM, et peuvent également être séparées.

3. PORTRAIT DE L'ENFANT

Pour assurer un accompagnement adéquat, il est important que cette section soit complétée de façon à représenter le plus fidèlement possible les besoins de l'enfant. Toutes les informations demeureront confidentielles. Elles seront transmises uniquement à son accompagnateur et au personnel concerné afin de permettre un meilleur encadrement ainsi qu'une intervention personnalisée.

3.1 TYPE D'INCAPACITÉ DE L'ENFANT

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Auditive | <input type="checkbox"/> Langage | <input type="checkbox"/> Trouble envahissant du développement |
| <input type="checkbox"/> Visuelle | <input type="checkbox"/> Trouble du spectre de l'autisme | <input type="checkbox"/> Trouble déficitaire de l'attention |
| <input type="checkbox"/> Motrice | <input type="checkbox"/> Trouble de santé mentale | <input type="checkbox"/> Autre : |
| <input type="checkbox"/> Intellectuelle | <input type="checkbox"/> Trouble du comportement | |

3.2 PROBLÈME DE SANTÉ PARTICULIER

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

- Diabète Épilepsie Problème respiratoire grave Problème cardiaque Autre : _____

Précisez l'assistance nécessaire :

Votre enfant a-t-il des allergies sévères?

- Oui Non Précisez : _____

A-t-il une dose d'adrénaline avec lui (ex. : EpiPen) ?

- Oui Non

Votre enfant doit-il prendre de la médication lors des heures du camp? Oui Non

A-t-il besoin d'aide pour la prendre? Oui Non

S'il a besoin d'aide, précisez la posologie :

Votre enfant a-t-il une diète spéciale ?

- Oui Non

Si oui, précisez :

3.3 MOTIVATION ET INTÉRÊTS

Quels sont les meilleurs moyens d'encourager la participation de votre enfant dans les activités du camp de jour?

En général, pendant combien de temps votre enfant participe-t-il activement à une activité ?

- 5-10 minutes 15 à 30 minutes 45 minutes et plus

Quels sont les intérêts et activités préférées de l'enfant ?

Est-ce qu'il y a des aspects du camp qui démotivent votre enfant ?

Ex. : météo, insectes, piscine, jeux d'eau, etc.

3.4 COMPORTEMENTS				
À quelle fréquence les comportements suivants sont-ils observés chez l'enfant ?	Tous les jours	Régulièrement	Rarement	Jamais
Agressivité envers autrui (frappe, pousse, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inconduite sexuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agressivité envers lui-même (se frappe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lance et/ou brise le matériel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crie ou hurle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est influencé par les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fabule (invente des histoires)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fatigue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fugue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intolérance aux bruits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mord	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N'écoute pas les consignes et les règles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Réaction négative aux changements d'activités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Réaction négative aux imprévus et stimuli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'isole des autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se cache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilise un langage inapproprié	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.5 INTERVENTIONS				
<p>Quelles sont les interventions que l'accompagnateur doit privilégier lors de ces comportements ? Exemple : rappel des consignes, stimulation par la participation, horaire et gestion du temps, récompenses, pictogrammes, etc.</p>				
<p>Quels sont les signes précurseurs d'une désorganisation? <input type="checkbox"/> Agitation motrice <input type="checkbox"/> Hausse du ton ou débit de voix <input type="checkbox"/> Isolement <input type="checkbox"/> Mouvements répétitifs <input type="checkbox"/> Pleurs <input type="checkbox"/> Autre:</p>				
<p>Lors d'une désorganisation, quelles sont les interventions à privilégier? <input type="checkbox"/> Time Timer <input type="checkbox"/> Système d'émulation <input type="checkbox"/> Jouets sensoriels <input type="checkbox"/> Salle de retrait <input type="checkbox"/> Système PECS <input type="checkbox"/> Chaise-stop <input type="checkbox"/> Autre :</p>				
<p>Lors d'une désorganisation, quelles sont les interventions à éviter?</p>				

3.6 FRÉQUENCE D'AIDE DANS LES SITUATIONS SUIVANTES					
SITUATION		Aide en tout temps	Aide ponctuelle	Aide verbale	Aucune aide
PARTICIPATION	Participer aux activités aquatiques A besoin de : <input type="checkbox"/> Floteurs <input type="checkbox"/> Veste de sauvetage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Participer aux activités nécessitant la motricité globale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Participer aux activités nécessitant la motricité fine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Attraper un ballon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Comprendre les consignes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Courir pendant une certaine période	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Être dans une foule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Interagir avec les autres enfants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Interagir avec les animateurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Jouer à des jeux d'équipe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Participer aux grands rassemblements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AUTONOMIE	S'habiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Gérer ses effets personnels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Penser à aller aux toilettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Aller aux toilettes (s'essuyer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Changer sa protection (couche, pull-ups)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Effectuer ses soins personnels (laver les mains, visage)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Éviter de se mettre en situation de danger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Boire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	S'alimenter (couper ses aliments)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DÉPLACEMENT	Marcher sur une surface accidentée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Marcher sur de longue distance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Monter et descendre les escaliers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Se déplacer à l'intérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Se déplacer à l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Prendre l'autobus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si l'enfant ne prend pas l'autobus, précisez si votre enfant sera présent aux sorties et qui assurera le transport (ex. : parents)				
Est-ce que l'enfant utilise : <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant <input type="checkbox"/> Déambulateur <input type="checkbox"/> Canne ou bâton de marche <input type="checkbox"/> Autre : Si oui, est-ce que l'enfant a besoin de soutien pour leur utilisation : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					

4. COMMUNICATION

Langue utilisée :

- Français
 Anglais
 Autre : _____

L'enfant se fait comprendre :

- Facilement
 Bien, avec attention
 Difficilement

L'enfant comprend les consignes :

- Facilement
 Difficilement

L'enfant utilise un langage :

- Verbal
 Non verbal
 Gestuel (LSQ ou autres)
 Avec un outil de communication
- Tableau PECS
 - Tablette numérique
 - Autre : _____

5. BESOINS EN ACCOMPAGNEMENT

Selon vous, quel ratio d'accompagnement votre enfant aurait-il besoin?

- 1/1 1/2

Selon vous, dans quel groupe d'âge votre enfant doit-il être intégré afin que les activités soient adaptées à ses capacités et lui permettent une intégration réussie ?

- 4 à 6 ans 7-8 ans 9-10 ans 11-12 ans

Est-ce que votre enfant possède la Carte Accompagnement Loisirs (CAL) ?

- Oui Non

Avez-vous d'autres attentes à communiquer pour la participation de votre enfant au camp de jour?

5.1 RESSOURCE SCOLAIRE OEUVRANT AUPRÈS DE VOTRE ENFANT

Nom du professionnel à l'école:

Téléphone :

Poste :

Courriel :

Titre :

École :

5.2 RESSOURCE 2 OEUVRANT AUPRÈS DE VOTRE ENFANT

Nom du professionnel 1:

Téléphone :

Poste :

Courriel :

Titre :

Organisation :

5.3 RESSOURCE 3 OEUVRANT AUPRÈS DE VOTRE ENFANT

Nom du professionnel 2:

Téléphone :

Poste :

Courriel :

Titre :

Organisation :

6. ATTESTATION ET ENGAGEMENT

- ✓ J'autorise les responsables du Camp de jour de Pincourt à communiquer avec les ressources ci-haut afin d'en apprendre davantage sur mon enfant et ses besoins. Je comprends que des documents pourraient être partagés tels que le plan d'intervention ou autre document personnel à mon enfant.
- ✓ Je suis conscient qu'il ne s'agit pas d'un accompagnement spécialisé et que ce dernier vise à intégrer mon enfant dans un contexte de loisirs.
- ✓ Je comprends que les enfants ayant un accompagnateur sont assujettis au même code de vie que les autres enfants du camp et que les mesures disciplinaires en cas de comportements répréhensibles s'appliquent.
- ✓ Je reconnais que les renseignements donnés sont exacts et complets. Si tel n'est pas le cas, la demande pourrait ne pas être acceptée ou l'accompagnement pourrait être interrompu.
- ✓ Je m'engage à informer l'équipe de coordination du camp de jour de tout changement pouvant avoir un impact sur le quotidien de mon enfant au camp de jour (changement de médication, séparation, etc.).
- ✓ Je m'engage à participer, avec mon enfant, à la rencontre de parents/enfant/accompagnateur qui permet de créer un lien avant le début du camp.
- ✓ Je m'engage à ce que mon enfant participe aux semaines auxquelles il est inscrit au camp de jour. Dans le cas où je dois annuler une partie ou la totalité de son séjour, je m'engage à aviser le camp de jour de Pincourt dans les meilleurs délais afin que les ressources puissent être maximisées.
- ✓ Je m'engage à collaborer et d'être respectueux dans mes communications avec l'équipe de coordination du camp de jour et l'accompagnateur dès qu'une demande est effectuée en ce sens

Nom du parent ou tuteur

Signature du parent ou tuteur

____/____/____
Date