PROGRAMME D’ACCOMPAGNEMENT — **ANNEXE 2**

FORMULAIRE DE RENSEIGNEMENTS

***Remplir un (1) formulaire par enfant*** ÉTÉ 2019

**RENSEIGNEMENTS – ENFANT (CECI N’EST PAS UNE INSCRIPTION)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom de l’enfant : |  | Sexe de l’enfant : |
| Adresse : |  |  | [ ]  Masculin | [ ]  Féminin |
|  | No | Rue | Âge : |  |
| Date de naissance : | Ville / |  / | Code postal  |  |
|  | Jour | Mois | Année |

|  |
| --- |
| **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 [ ]  Le camp de Grandpré (anciennement Les Bosquets Albert Hudon) Otterburn Park [ ]  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*** : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Communication** |   |   | **Problèmes de santé particuliers** |
| Langage utilisé | [ ]  parlé | [ ]  non verbal | Votre enfant a des problèmes de santé supposant une intervention particulière de l’accompagnateur |
|   | [ ]  gestuel | [ ]  un appareil de communication |  |
|  Précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (tableau bliss ou autres) | [ ]  oui | [ ]  non |
| **Compréhension** |   |   | Si oui, nature des problèmes | [ ]  Gavage |
| Votre enfant se fait comprendre | [ ]  oui | [ ]  non | [ ]  diabète | [ ]  problème respiratoire grave |
| Votre enfant comprend | [ ]  oui | [ ]  non | [ ]  épilepsie | [ ]  problème cardiaque |
| Précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | [ ]  allergie sévère | [ ]  autre (s)  |  |
| **Alimentation** |   |   | Actions requises : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Votre enfant a besoin d'aide pour |  |   | **Problèmes de comportement** |
| Manger | [ ]  oui | [ ]  non |   | Votre enfant a des problèmes de comportement |
| Boire | [ ]  oui | [ ]  non |   | [ ]  oui | [ ]  non |
| Diète spéciale | [ ]  oui | [ ]  non |   | Si oui, nature des problèmes |  |
| Problèmes rencontrés : |   | [ ]  agressivité envers lui-même[ ]  agressivité envers les autres | [ ]  opposition régulière[ ]  problème de fugue |
|  |  |  |  |
| **Habillage** |   |   | [ ]  anxiété | [ ] autre(s) :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| Votre enfant a besoin d'aide pour s'habiller | [ ]  opposition occasionnelle |  |
|  | [ ]  oui | [ ]  non | Précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Interventions particulières de l'accompagnateur** |
| **Déplacements** |   |   | Interventions requises par l'accompagnateur |
| Votre enfant se déplace |  |   | [ ]  rappel des consignes | [ ]  stimulation à la participation |
| à l'intérieur | [ ]  seul | [ ]  avec aide | [ ]  aide à l'orientation | [ ]  assistance pour aller  |
| à l'extérieur | [ ]  seul | [ ]  avec aide | [ ]  aide au transfert (fauteuil roulant) |  chercher du matériel ou de la nourriture |
| en fauteuil roulant | [ ]  seul | [ ]  avec aide | [ ]  autre (s)  |   |
|   | [ ]  ne s'applique pas |   | [ ]  aide aux transitions \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| autres appareils | [ ]  seul | [ ]  avec aide | **Médication** |
| Précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  | Votre enfant prend-il un ou des médicaments (s) |
| **Soins personnels** |  |  |  |
| Votre enfant a besoin d'aide pour |  | [ ]  oui | [ ]  non |
| [ ]  Hygiène personnelle | [ ]  aller aux toilettes | Si oui, spécifiez le nom du ou des médicaments et le ou les motifs : |
| [ ]  incontinence[ ]  autre (s) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |   |    |
|  |  |  |
| Précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Votre enfant peut prendre son ou ses médicaments sans aide |
|   | [ ]  oui | [ ]  non |

*m.a.j. 30.11.2018*

**AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES AVEC LE BESOIN D’ACCOMPAGNEMENT**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**RENSEIGNEMENTS – PÈRE, MÈRE OU TUTEUR**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **[ ] Mère [ ] Père [ ] Tuteur légal** | **[ ] Mère [ ] Père [ ] Tuteur légal** |
| Nom et prénom : |  |  |
| Adresse : |  |  |  |  |
|  | No | Rue |  | No | Rue |  |
| Téléphone résidentiel : | Ville | Code postal | Ville | Code postal |
| Téléphone au travail : |  |  |
| Téléphone cellulaire : |  |  |
| Courriel : |  |  |

**SERVICES ACTUELS – SANTÉ/RÉADAPTATION**

|  |
| --- |
| [ ]  CISSS de la Montérégie-Est/CLSC des Patriotes (volet psychosocial : travailleur social, psychoéducateur) [ ]  CISSS de la Montérégie-Ouest/*Centre montérégien de réadaptation – Saint-Hyacinthe (*0-6ans DI-TSA et DP)[ ]  CISSS de la Montérégie-Ouest /Programmes de déficience intellectuelle, trouble du spectre de l’autisme) – Beloeil (anciennement CRDITED) (7+ ans DI-TSA)[ ]  CISSS de la Montérégie-Centre/*Installation* *Institut Nazareth et Louis-Braille*[ ]  autre *Spécifiez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |
| **RENSEIGNEMENTS PERSONNELS – SCOLAIRE (CSP)** |
|  | ***Identification des renseignements pouvant être communiqués et transmis :*** |
| * *Plan d’intervention adapté;*
* *Renseignements sur les besoins d’encadrement de votre enfant;*
* *Renseignements concernant sa routine;*
* *Renseignements sur son comportement social lorsqu’il est en groupe lors d’activités*
 | Nom de l’école : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| [ ]  Directeur de l’école\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nom No de téléphone[ ]  Professionnels ou intervenants du service des ressources éducatives\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nom No de téléphone[ ]  Autre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nom No 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 2019.

Ceci n’est pas une inscription

Ce consentement couvre la période qui débute à la date de signature et qui se termine le 31 août 2019.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Signature du parent |  | date |