

FICHE SANTÉ DÉTAILLÉE CAMP 2018

Ces informations supplémentaires nous permettront de mieux connaître votre enfant, de répondre adéquatement à ses besoins et, s'il y a lieu, de lui fournir un service d'accompagnement.

IDENTIFICATION DE L'ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

INSCRIPTION

VEUILLEZ INDICER LES SEMAINES OÙ VOTRE ENFANT FRÉQUENTERA LE CAMP

- | | | | |
|------------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|
| SEMAINE 1 (25 au 29 juin) | <input type="checkbox"/> | SEMAINE 5 (23 au 27 juillet) | <input type="checkbox"/> |
| SEMAINE 2 (2 au 6 juillet) | <input type="checkbox"/> | SEMAINE 6 (30 juillet au 3 août) | <input type="checkbox"/> |
| SEMAINE 3 (9 au 13 juillet) | <input type="checkbox"/> | SEMAINE 7 (6 au 10 août) | <input type="checkbox"/> |
| SEMAINE 4 (16 au 20 juillet) | <input type="checkbox"/> | SEMAINE 8 (13 au 17 août) | <input type="checkbox"/> |

DESCRIPTION DU PARTICIPANT

VEUILLEZ COCHER LA/LES CASE(S) APPROPRIÉE(S)

NATURE DE LA OU DES PROBLÉMATIQUE(S) MOTIVANT LA DEMANDE D'ACCOMPAGNEMENT :

- | | | | |
|---|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|
| TROUBLE DÉFICITAIRE DE L'ATTENTION (AVEC OU SANS HYPERACTIVITÉ) | <input type="checkbox"/> | | |
| DÉFICIENCE INTELLECTUELLE | <input type="checkbox"/> | TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME | <input type="checkbox"/> |
| TROUBLE DU LANGAGE | <input type="checkbox"/> | TROUBLE D'OPPOSITION | <input type="checkbox"/> |
| DÉFICIENCE VISUELLE | <input type="checkbox"/> | DÉFICIENCE AUDITIVE | <input type="checkbox"/> |
| ATTEINTE SUR LE PLAN PHYSIQUE | <input type="checkbox"/> | ANXIÉTÉ | <input type="checkbox"/> |

SPÉCIFIEZ :

FONCTIONNEMENT DE L'ENFANT

COMMUNICATION

VOTRE ENFANT S'EXPRIME PAR QUEL MOYEN:

- | | | | |
|-------------|--------------------------|---|--------------------------|
| VERBALEMENT | <input type="checkbox"/> | L'ENFANT EST NON-VERBAL | <input type="checkbox"/> |
| GESTUEL | <input type="checkbox"/> | SYSTÈME DE COMMUNICATION IMAGÉ (PICTOS) | <input type="checkbox"/> |

VOTRE ENFANT SE FAIT COMPRENDRE :

- | | | | |
|-------------------------------------|--------------------------|------------|--------------------------|
| AVEC DIFFICULTÉ (BESOIN DE SOUTIEN) | <input type="checkbox"/> | FACILEMENT | <input type="checkbox"/> |
|-------------------------------------|--------------------------|------------|--------------------------|

VOTRE ENFANT COMPREND LES AUTRES :AVEC DIFFICULTÉ (BESOIN DE SOUTIEN).
SPÉCIFIEZ :

FACILEMENT

VOTRE ENFANT EST EN MESURE DE :COMPRENDRE LES RÈGLEMENTS D'UN JEU SIMPLE LORSQU'ON LUI EXPLIQUE COMPRENDRE LES CONCEPTS DE BASE (COULEURS, GROSSEUR...) NOMMER UN BESOIN DE BASE (FAIM, TOILETTE, INCONFORT...) COMPRENDRE UNE CONSIGNE SIMPLE EXPRIMER UNE ÉMOTION ÉCHANGER AVEC ATRUI FAIRE UNE DEMANDE LIRE **CONDITION DE L'ENFANT (COMMENTAIRES) :****RELATIONS INTERPERSONNELLES****VOTRE ENFANT A-T-IL DES DIFFICULTÉS PARTICULIÈRES AVEC LES HABILETÉS SUIVANTES (Nécessite des interventions ponctuelles/régulières)?**DEMANDER DE L'AIDE PARTAGER ATTENDRE SON TOUR INITIER UN CONTACT ADÉQUATEMENT S'OCCUPER LORS D'UN TEMPS LIBRE EXPRIMER SA COLÈRE/ANXIÉTÉ SE CONCENTRER SUR UNE TÂCHE **AUTONOMIE****ALIMENTATION :**VOTRE ENFANT MANGE SEUL VOTRE ENFANT A BESOIN DE SOUTIEN POUR MANGER VOTRE ENFANT A BESOIN DE SOUTIEN POUR BOIRE VOTRE ENFANT A UNE DIÈTE SPÉCIALE

SPÉCIFIEZ :

HABILLAGE :	
VOTRE ENFANT S'HABILLE SEUL <input type="checkbox"/>	
VOTRE ENFANT S'HABILLE AVEC SOUTIEN <input type="checkbox"/>	
PROPRETÉ :	
VOTRE ENFANT EST PROPRE <input type="checkbox"/>	
N'EST PAS PROPRE/PORTE DES COUCHES <input type="checkbox"/>	
ENTRAÎNEMENT À LA PROPRETÉ (HORAIRE/BESOIN DE RAPPEL) <input type="checkbox"/>	
SANTÉ	
A-T-IL DES PROBLÈMES DE SANTÉ SUPPOSANT UNE INTERVENTION PARTICULIÈRE DE L'ACCOMPAGNATEUR?	
OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
ALLERGIE SÉVÈRE <input type="checkbox"/>	PROBLÈME CARDIAQUE <input type="checkbox"/>
ÉPILEPSIE <input type="checkbox"/>	ASTHME/PROBLÈME RESPIRATOIRE <input type="checkbox"/>
DIABÈTE <input type="checkbox"/>	PRISE DE MÉDICATION <input type="checkbox"/>
AUTRE <input type="checkbox"/>	
SPÉCIFIEZ :	
COMPORTEMENTS	
VEUILLEZ COCHER LES COMPORTEMENTS MANIFESTÉS PAR VOTRE ENFANT ET LA FRÉQUENCE	
AGRESSIVITÉ ENVERS ELLE-MÊME <input type="checkbox"/> (SE MORDRE, SE FRAPPER, SE COGNER LA TÊTE...)	1 À 2 FOIS PAR JOUR <input type="checkbox"/> PLUS DE 5 FOIS PAR JOUR <input type="checkbox"/> 1 À 3 FOIS SEMAINE <input type="checkbox"/> PLUS DE 5 FOIS SEMAINE <input type="checkbox"/>
AGRESSIVITÉ ENVERS AUTRUI <input type="checkbox"/> (MORDRE, FRAPPER, TIRER LES CHEVEUX)	1 À 2 FOIS PAR JOUR <input type="checkbox"/> PLUS DE 5 FOIS PAR JOUR <input type="checkbox"/> 1 À 3 FOIS SEMAINE <input type="checkbox"/> PLUS DE 5 FOIS SEMAINE <input type="checkbox"/>
OPPOSITION <input type="checkbox"/>	1 À 2 FOIS PAR JOUR <input type="checkbox"/> PLUS DE 5 FOIS PAR JOUR <input type="checkbox"/> 1 À 3 FOIS SEMAINE <input type="checkbox"/> PLUS DE 5 FOIS SEMAINE <input type="checkbox"/>
FUGUE <input type="checkbox"/>	1 À 2 FOIS PAR JOUR <input type="checkbox"/> PLUS DE 5 FOIS PAR JOUR <input type="checkbox"/> 1 À 3 FOIS SEMAINE <input type="checkbox"/> PLUS DE 5 FOIS SEMAINE <input type="checkbox"/>
SERVICES ACTUELS – SANTÉ/RÉADAPTATION	
CLSC DE LA MRC D'ACTON – VOLET PSYHOSOCIAL <input type="checkbox"/>	
– VOLET SANTÉ (PHYSIQUE) <input type="checkbox"/>	
CRDI (CENTRE DE RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE) <input type="checkbox"/>	
CMR (CENTRE MONTÉRÉGIEEN DE RÉADAPTATION) <input type="checkbox"/>	
INTERVENANT SCOLAIRE : SPÉCIFIEZ _____ <input type="checkbox"/>	
AUTRE : SPÉCIFIEZ _____ <input type="checkbox"/>	

PERSONNES AUTORISÉES À PARTAGER DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

NOM : _____

FONCTION : _____

TÉLÉPHONE : _____

NOM : _____

FONCTION : _____

TÉLÉPHONE : _____

INTERVENANT(S) À L'ÉCOLE

NOM : _____

FONCTION : _____

TÉLÉPHONE : _____

NOM : _____

FONCTION : _____

TÉLÉPHONE : _____

AUTORISATION

En considérant ce qui précède, j'autorise les responsables du camp de jour et les personnes nommées ci-dessus, incluant les intervenants à l'école qui accompagnent mon enfant dans son parcours scolaire, à communiquer les renseignements nécessaires dans le but de déterminer les besoins spécifiques de mon enfant et de favoriser son intégration au camp de jour.

Ce consentement couvre la période qui débute à la date de signature et se termine le 17 août 2018.

Signature du parent

Date

POUR LES PARENTS DONT LES ENFANTS AURONT UN SERVICE D'ACCOMPAGNEMENT

Vous serez contactés pour une rencontre avec la coordonnatrice du camp et l'accompagnateur de votre enfant. **Cette rencontre est primordiale** et aura lieu avant le début du camp. Elle a pour but de faire connaissance, de discuter de vive voix des besoins de votre enfant et de vous transmettre des informations importantes pour le bon déroulement du camp.

À noter que :

- Le code de vie du camp de jour s'applique aussi aux enfants avec service d'accompagnement.
- Si l'enfant utilise le transport adapté, c'est la responsabilité du parent d'organiser le transport adapté en fonction de l'horaire du camp.
- Heure maximale d'arrivée au camp pour les enfants (avec et sans accompagnement) : 9h30
- **Toute absence d'un enfant accompagné doit obligatoirement être mentionnée à la coordonnatrice du camp le matin même.** La Ville d'Acton Vale se réserve le droit d'appliquer des mesures lors d'absences trop fréquentes pouvant mener à une suspension ou une expulsion du camp de jour pour l'été. Cette politique a pour but de permettre au plus grand nombre de jeunes de pouvoir bénéficier de ce service.
- Aucun remboursement en cas de suspension ou d'expulsion.