

PROGRAMME D'ACCOMPAGNEMENT — ANNEXE 2

ÉTÉ 2025

FORMULAIRE DE RENSEIGNEMENTS

Remplir un (1) formulaire par enfant — (CECI N'EST PAS UNE INSCRIPTION)

Le camp de jour respecte la Loi 25 sur la protection des renseignements personnels. Ce formulaire collecte des informations personnelles dans le but de mieux accompagner votre enfant pendant les activités du camp. Vous êtes invité à lire attentivement ce document avant de fournir vos informations. Les données collectées seront utilisées exclusivement pour assurer la sécurité et le bien-être de votre enfant et pour répondre à ses besoins spécifiques.

RENSEIGNEMENTS – ENFANT

Nom de l'enfant : _____

Sexe de l'enfant :

Adresse : _____

Masculin Féminin

No Rue

Non binaire

Ville Code postal

Date de naissance : _____ / _____ / _____

Age : _____

Jour Mois Année

Parents ou tuteur

Mère Père Tuteur légal

Mère Père Tuteur légal

Nom et prénom : _____

Nom et prénom : _____

Téléphone : _____

Téléphone : _____

Téléphone : _____

Téléphone : _____

Courriel : _____

Courriel : _____

Intérêt

Intérêt de l'enfant à participer aux activités du camp?

Aucun Peu Moyen Beaucoup

Expérience antérieure

Votre enfant a-t-il déjà vécu des expériences de camp?

Non Camp de jour Camp de vacances

Nom de l'établissement : _____

Dernière année de fréquentation : _____

Histoire

Votre enfant a-t-il vécu un changement ou des difficultés particulières dans la dernière année?

Les informations personnelles de votre enfant seront collectées et utilisées uniquement dans le cadre des activités du camp de jour, notamment pour la gestion de l'inscription, l'adaptation des activités, la sécurité et les soins médicaux d'urgence.

[] Je consens à la collecte, à l'utilisation et à la conservation des informations personnelles de mon enfant conformément à la Loi 25 sur la protection des renseignements personnels.

[] Je comprends que mes informations personnelles et celles de mon enfant seront utilisées uniquement dans le cadre des activités et de la gestion du camp.

NATURE DES BESOINS

Votre enfant connaît-il des enjeux de santé qui pourraient demander une intervention particulière de l'animateur?

Oui Non

Diabète Difficulté respiratoire Épilepsie Allergie

Mal des transports Migraines Saignements de nez fréquents Difficulté cardiaque

Autre(s) : _____

Actions requises : _____

Soins personnels

Votre enfant a besoin d'aide pour :

Hygiène personnelle

Aller au toilette

Changer une culotte protectrice

Autres : _____

Précisez : _____

Médication

Prise de médicament durant la période de camp?

Oui Non

Votre enfant prend-il son médicament sans aide?

Oui Non

Nom du médicament : _____

Motif : _____

Communication

Langage utilisé : Parole Non verbal Gestuel Appareil de communication

Difficultés auditives? Oui Non

Difficultés visuelles? Oui Non

Votre enfant est-il en mesure de formuler des demandes d'aide? Oui Non

Votre enfant a-t-il besoin de soutien pour entrer en relation? Oui Non

Activités préférées et intérêts de votre jeune : _____

Outils utilisés pour favoriser la communication (ex : horaire visuel): _____

Précisez : _____

Alimentation

Votre enfant a besoin d'aide pour :

Manger : Oui Non

Boire : Oui Non

Gavage : Oui Non

Diète spéciale : Oui Non

Précisez : _____

Habillage

Votre enfant a besoin d'aide pour :

Oui Non

Précisez : _____

Mobilité

Capacité de déplacement

À l'intérieur : Seul Avec aide

À l'extérieur : Seul Avec aide

Faire les transferts : Seul Avec aide

En fauteuil roulant : n/a Seul Avec aide

Autres aides techniques : _____

Interventions particulières

Interventions requises de l'accompagnateur :

Rappel des consignes Stimulation

Aide à l'orientation Aide aux transitions

Aide pour réguler les émotions

Assistance pour aller chercher matériel/nourriture

Autres/précisez : _____

Comportement

Votre enfant a-t-il des particularités de comportement? Oui Non

Opposition occasionnelle Opposition régulière Tics (moteurs, verbaux) et stéréotypie

Gestes destructeurs envers les objets ou les personnes Comportement sexualisé

Inconscience du danger Impulsivité

Autres : _____

Besoin sensoriel

Oui Non

Votre enfant est hyper/hyposensible : Aux sons Au goût À l'odorat Au toucher À la luminosité

Expliquez : _____

Astuces utilisées avec succès :

Aménagement d'un coin calme Outils sensoriels (tangle, balle antistress, etc.)

Casque antibruit (coquilles) Période de repos/pause sensorielle

Autres / précisez : _____

Informations complémentaires

Décrivez les stratégies gagnantes avec votre enfant :

Informations particulières à nous transmettre pour favoriser l'intégration de votre enfant (trucs, conseils, astuces, etc.).

Ex : Je donne à mon enfant un gros coussin qu'il peut serrer contre lui pour s'apaiser lorsqu'il vit beaucoup d'émotions.

Autres informations pertinentes avec le besoin d'accompagnement :

[] Je consens à ce que les informations relatives aux besoins médicaux et de communication de mon enfant soient partagées avec le personnel du camp pour garantir sa sécurité et son bien-être.

SERVICES ACTUELS

CISSS DE LA MONTÉRÉGIE-EST / CLSC des Patriotes
(Volet psychosocial : travailleur social, psychoéducateur, éducateur)

Nom du professionnel et fonction : _____

Coordonnées : _____

CISSS DE LA MONTÉRÉGIE-OUEST

Programme 0-6 ans DI-TSA-DP

Programme DI 7 ans et +

Programme TSA 7 ans et +

Programme déficiences langagières et motrices

Nom du professionnel et fonction : _____

Coordonnées : _____

CISSS DE LA MONTÉRÉGIE-CENTRE / Installation Institut Nazareth et Louis-Braille

Nom du professionnel et fonction : _____

Coordonnées : _____

CENTRE DE SERVICE SCOLAIRE DES PATRIOTES

Nom de l'établissement : _____

Nom du professionnel et fonction : _____

Coordonnées : _____

AUTRES

Nom de l'établissement : _____

Nom du professionnel et fonction : _____

Coordonnées : _____

Les données personnelles de votre enfant, y compris ses besoins médicaux, peuvent être partagées uniquement avec des professionnels de santé, si nécessaire, et dans le cadre des soins d'urgence.

Je consens au partage des informations personnelles de mon enfant avec des professionnels de santé en cas d'urgence ou selon les besoins du camp.

Nom du parent/tuteur : _____

Signature : _____

Date : _____

Merci de votre participation et de la confiance que vous nous accordez pour accompagner votre enfant pendant ses activités au camp de jour. Ce document permettra aux responsables d'avoir un portrait de votre enfant.

