

PROGRAMME D'ACCOMPAGNEMENT — ANNEXE 2

ÉTÉ 2024

FORMULAIRE DE RENSEIGNEMENTS

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

RENSEIGNEMENTS – ENFANT

Nom de l'enfant : _____

Sexe de l'enfant :

Adresse : _____
No Rue

Masculin Féminin

_____ Ville Code postal

Non binaire

Date de naissance : _____ / _____ / _____
Jour Mois Année

Age : _____

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?

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 :

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 : _____

Ce document permettra aux responsables du camp de jour d'avoir un portrait des besoins de votre enfant.

Merci pour votre participation, nous vous souhaitons un bel été 2024.

