

PROGRAMME D'ACCOMPAGNEMENT — ANNEXE 2

ÉTÉ 2026

FORMULAIRE DE RENSEIGNEMENTS

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 : _____

J'autorise la communication avec les services infirmiers

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 : _____

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

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 : _____

Habillement

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 2026.



PROGRAMME D'ACCOMPAGNEMENT
AUTORISATION À COMMUNIQUER ET ÉCHANGER DES RENSEIGNEMENTS

Je soussigné-e, _____

Nom et adresse

En ma qualité de _____

Personne autorisée

Pour l'enfant _____

Nom complet de l'enfant

Autorise _____

Nom de la personne responsable et ville

À obtenir de / À transmettre à

Nom personne

Établissement

Coordonnées

À obtenir de / À transmettre à

Nom personne

Établissement

Coordonnées

À obtenir de / À transmettre à

Nom personne

Établissement

Coordonnées

Les renseignements suivants : _____

Dans le cadre de : _____

L'autorisation de ce document est valable de la date de signature jusqu'au 30 septembre 2026.

Signature personne autorisée

Date

Témoin à la signature

Date

Par cette autorisation, les principaux responsables de votre enfant pourront communiquer avec les personnes-ressources impliquées auprès de lui. Un partage d'information a pour but de connaître et de répondre aux besoins spécifiques de votre enfant en gardant en tête l'inclusion de celui-ci.