

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

Médication

Votre enfant a besoin d’aide pour :

Prise de médicament durant la période de camp?

☐ Hygiène personnelle

☐ Oui ☐ Non

☐ Aller au toilette

Votre enfant prend-il son médicament sans aide?

☐ Changer une culotte protectrice

☐ Oui ☐ Non

☐ Autres : _____

Nom du médicament : _____

Précisez : _____

Motif : _____

☐ J’autorise la communication avec les services infirmiers

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 : _____

AlimentationHabillage

Votre enfant a besoin d'aide pour :	Votre enfant a besoin d'aide pour :
Manger : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Boire : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Précisez : _____
Gavage : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Diète spéciale : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Précisez : _____	

MobilitéInterventions particulières

Capacité de déplacement	Interventions requises de l'accompagnateur :
À l'intérieur : <input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> Avec aide	<input type="checkbox"/> Rappel des consignes <input type="checkbox"/> Stimulation
À l'extérieur : <input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> Avec aide	<input type="checkbox"/> Aide à l'orientation <input type="checkbox"/> Aide aux transitions
Faire les transferts : <input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> Avec aide	<input type="checkbox"/> Aide pour réguler les émotions
En fauteuil roulant : <input type="checkbox"/> n/a <input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> Avec aide	<input type="checkbox"/> Assistance pour aller chercher matériel/nourriture
Autres aides techniques : _____	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

Témoïn 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.