

Formulaire d'inscription au camp de jour _____

Date limite pour remettre le formulaire rempli : _____

IDENTIFICATION DE L'ENFANT

Prénom :		Genre :	
Nom de famille :		Date de naissance :	
No d'assurance maladie :		Date d'expiration :	
Niveau scolaire en cours :		École fréquentée :	
Langues parlées à la maison :			

Coordonnées du parent #1

Prénom		Téléphone (maison) :	
Nom de famille		Téléphone (bureau) :	
Courriel :		Lien :	
Adresse postale :			

Coordonnées du parent #2

Prénom		Nom de famille	
Téléphone (maison) :		Téléphone (bureau) :	
Courriel :		Lien :	
Adresse postale :			

Urgence

En cas d'urgence pendant une journée, veuillez identifier une personne à contacter si les parents ne peuvent pas être rejoints :			
Nom :		Lien :	
Téléphone :		Adresse courriel :	

Raccompagneement en fin de journée

Mon enfant quitte avec :			
<input type="checkbox"/> Un parent			
<input type="checkbox"/> Seul			
<input type="checkbox"/> Autre personne, précisez :			
Nom :		Lien :	
Téléphone :		Adresse courriel :	
Autres personnes autorisées :		Liens :	

PROFIL DU JEUNE

Notre équipe du camp de jour souhaite évaluer les mesures à mettre en place pour favoriser la participation de tous les enfants. Les informations au sujet de votre enfant sont confidentielles et nous permettront de lui faire vivre une expérience de camp réussie.

Veuillez lire attentivement les situations ci-dessous et cochez celles qui s'appliquent à votre enfant :

AUTONOMIE

Mon enfant a besoin d'assistance pour

- aller à la toilette.
- mettre de la crème solaire.
- changer de vêtements (exemple pour aller à la piscine).
- boire ou manger.
- faire ses déplacements.

CAPACITÉS AQUATIQUES

Autonomie dans l'eau :	A-t-il suivi un cours de natation?
<input type="checkbox"/> Ne sait pas nager	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Nage seul avec VFI (veste de flottaison individuelle)	Dernier niveau de natation terminé :
<input type="checkbox"/> Nage seul en eau peu profonde	
<input type="checkbox"/> Nage seul en eau profonde	
<input type="checkbox"/> Besoin d'accompagnement	
<input type="checkbox"/> Doit porter des bouchons	
*Si l'enfant est épileptique, discutez avec le camp du port du VFI	

COMMUNICATION

- Mon enfant a de la difficulté à exprimer ses besoins, ce qui nuit à ses activités de loisirs.
- Mon enfant comprend difficilement les consignes.

ACCOMPAGNEMENT

- Durant l'année scolaire, mon enfant est accompagné par un intervenant.

Durant le camp de jour, mon enfant aurait besoin d'un accompagnateur :

- En tout temps Souvent À l'occasion

COMPORTEMENT

Traits de personnalité de votre enfant (plusieurs réponses possibles) :

Réservé Sociable Actif Calme Autre : _____

Mon enfant a besoin de soutien dans les transitions d'activités.

Mon enfant a besoin de moments de calme.

Mon enfant a des comportements particuliers (agressivité, opposition occasionnelle, anxiété, etc.).

Précisez : _____

Quels sont les centres d'intérêts, passe-temps et loisirs de votre enfant?

Quels sont les meilleurs moyens de l'encourager et le motiver?

Comment votre enfant réagit-il avec :

Les autres enfants :

Les détenteurs d'autorité (parents, professeurs) :

Les nouvelles personnes :

Les nouvelles expériences :

SANTÉ

Mon enfant porte des lunettes.

Mon enfant a des intolérances, allergies ou restrictions alimentaires.

Précisez lesquelles : _____

Précisez la sévérité : intolérance allergie légère allergie sévère allergie au contact

Mon enfant possède un auto-injecteur d'Épinéphrine (Épipen, Twinject ou autre).

Mon enfant prend des médicaments prescrits. **Si oui, veuillez remplir la partie Médication.**

Il est de votre responsabilité d'aviser rapidement le gestionnaire du camp de jour si la situation médicale de votre enfant évolue.

MÉDICATION

Pour être conforme à la loi et nous permettre d'administrer la médication, vous **devez** joindre une copie de la prescription de médication avec le présent formulaire.

Mon enfant doit prendre des médicaments. Oui Non

Si oui, remplir le tableau suivant :

Nom du médicament	Prescrit pour	Posologie	Effets secondaires et/ou contre-indications (exposition au soleil, hydratation, appétit, etc.)

Mon enfant a besoin d'assistance pour prendre sa médication. Oui Non

La prise de médicament sera arrêtée au cours de l'été. Oui Non

Votre enfant a-t-il reçu un diagnostic? (trouble de comportement, TDA/H, anxiété, trouble du spectre de l'autisme, déficience motrice, intellectuelle, visuelle, etc.) Oui Non

Si oui, le(s)quel(s)?

Autres informations à propos de votre enfant dont vous aimeriez nous faire part? (Exemple : démarche de diagnostic en cours, besoins particuliers, changements importants récents dans la vie de famille, préoccupations particulières, etc.)

Aux fins d'évaluation des besoins de mon enfant, j'autorise le gestionnaire du camp à contacter les intervenants suivants :

Organisme (CISSS, école, etc.)	Nom de l'intervenant	Fonction (enseignant, travailleur social, etc.)	Coordonnées

Autorisation et consentement du parent

Je déclare que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont exacts et complets. Dans le cas contraire, le gestionnaire du camp se réserve le droit de réévaluer la demande.

Pour obtenir toutes informations pertinentes à sa participation au camp, j'autorise le personnel du camp à communiquer avec tout intervenant (du CISSS, du milieu scolaire ou autre) qui offre actuellement ou aurait offert du soutien à mon enfant dans la dernière année.

Je m'engage à informer l'équipe du camp de jour de tout changement pouvant avoir un impact sur la participation et l'autonomie de mon enfant au camp de jour.

Je m'engage à collaborer avec l'équipe du camp de jour dès que celle-ci en fait la demande.