

FICHE SANTÉ DÉTAILLÉE CAMP 2023



**À COMPLÉTER SI UN ENFANT A DES BESOINS PARTICULIERS,
UN TROUBLE DE COMPORTEMENT ET/OU UN SUIVI À L'ÉCOLE**

Ces informations supplémentaires nous permettront de mieux connaître votre enfant, de répondre adéquatement à ses besoins et, s'il y a lieu, de lui fournir un service d'accompagnement.

IDENTIFICATION DE L'ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

INSCRIPTION

VEUILLEZ INDIQUER LES SEMAINES OÙ VOTRE ENFANT FRÉQUENTERA LE CAMP

Semaine 1 : 26 au 30 juin	<input type="checkbox"/>	Semaine 5 : 24 au 28 juillet	<input type="checkbox"/>
Semaine 2 : 3 au 7 juillet	<input type="checkbox"/>	Semaine 6 : 31 juillet au 4 août	<input type="checkbox"/>
Semaine 3 : 10 au 14 juillet	<input type="checkbox"/>	Semaine 7 : 7 au 11 août	<input type="checkbox"/>
Semaine 4 : 17 au 21 juillet	<input type="checkbox"/>	Semaine 8 : 14 au 18 août	<input type="checkbox"/>

DESCRIPTION DU PARTICIPANT

VEUILLEZ COCHER LA/LES CASE(S) APPROPRIÉE(S)

NATURE DE LA OU DES PROBLÉMATIQUE(S) MOTIVANT LA DEMANDE D'ACCOMPAGNEMENT :

TROUBLE DÉFICITAIRE DE L'ATTENTION (AVEC OU SANS HYPERACTIVITÉ)

DÉFICIENCE INTELLECTUELLE

TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME

TROUBLE DU LANGAGE

TROUBLE D'OPPOSITION

DÉFICIENCE VISUELLE

DÉFICIENCE AUDITIVE

ATTEINTE SUR LE PLAN PHYSIQUE

ANXIÉTÉ

SPÉCIFIEZ :

FONCTIONNEMENT DE L'ENFANT

COMMUNICATION

VOTRE ENFANT S'EXPRIME PAR QUEL MOYEN:

VERBALEMENT

L'ENFANT EST NON-VERBAL

GESTUEL

SYSTÈME DE COMMUNICATION IMAGÉ (PICTOS)

VOTRE ENFANT SE FAIT COMPRENDRE :

AVEC DIFFICULTÉ (BESOIN DE SOUTIEN)

FACILEMENT

VOTRE ENFANT COMPREND LES AUTRES :

AVEC DIFFICULTÉ (BESOIN DE SOUTIEN).
SPÉCIFIEZ :

FACILEMENT

VOTRE ENFANT EST EN MESURE DE :

COMPRENDRE LES RÈGLEMENTS D'UN JEU SIMPLE LORSQU'ON LUI EXPLIQUE

COMPRENDRE LES CONCEPTS DE BASE (COULEURS, GROSSEUR...)

NOMMER UN BESOIN DE BASE (FAIM, TOILETTE, INCONFORT...)

COMPRENDRE UNE CONSIGNE SIMPLE

EXPRIMER UNE ÉMOTION ÉCHANGER AVEC ATRUI

FAIRE UNE DEMANDE LIRE

CONDITION DE L'ENFANT (COMMENTAIRES) :

RELATIONS INTERPERSONNELLES

VOTRE ENFANT A-T-IL DES DIFFICULTÉS PARTICULIÈRES AVEC LES HABILETÉS SUIVANTES (Nécessite des interventions ponctuelles/régulières)?

DEMANDER DE L'AIDE PARTAGER

ATTENDRE SON TOUR INITIER UN CONTACT ADÉQUATEMENT

S'OCCUPER LORS D'UN TEMPS LIBRE EXPRIMER SA COLÈRE/ANXIÉTÉ

SE CONCENTRER SUR UNE TÂCHE

AUTONOMIE

ALIMENTATION :

VOTRE ENFANT MANGE SEUL VOTRE ENFANT A BESOIN DE SOUTIEN POUR MANGER

VOTRE ENFANT A BESOIN DE SOUTIEN POUR BOIRE

VOTRE ENFANT A UNE DIÈTE SPÉCIALE

SPÉCIFIEZ :

HABILLAGE :VOTRE ENFANT S'HABILLE SEUL VOTRE ENFANT S'HABILLE AVEC SOUTIEN **PROPRETÉ :**VOTRE ENFANT EST PROPRE N'EST PAS PROPRE/PORTE DES COUCHES ENTRAÎNEMENT À LA PROPRETÉ (HORAIRE/BESOIN DE RAPPEL) **SANTÉ****A-T-IL DES PROBLÈMES DE SANTÉ SUPPOSANT UNE INTERVENTION PARTICULIÈRE DE L'ACCOMPAGNATEUR?**OUI NON ALLERGIE SÉVÈRE PROBLÈME CARDIAQUE ÉPILEPSIE ASTHME/PROBLÈME RESPIRATOIRE DIABÈTE PRISE DE MÉDICATION AUTRE

SPÉCIFIEZ :

COMPORTEMENTS

VEUILLEZ COCHER LES COMPORTEMENTS MANIFESTÉS PAR VOTRE ENFANT ET LA FRÉQUENCE

AGRESSIVITÉ ENVERS ELLE-MÊME <input type="checkbox"/> (SE MORDRE, SE FRAPPER, SE COGNER LA TÊTE...)	1 À 2 FOIS PAR JOUR <input type="checkbox"/>	PLUS DE 5 FOIS PAR JOUR <input type="checkbox"/>
	1 À 3 FOIS SEMAINE <input type="checkbox"/>	PLUS DE 5 FOIS SEMAINE <input type="checkbox"/>
AGRESSIVITÉ ENVERS AUTRUI <input type="checkbox"/> (MORDRE, FRAPPER, TIRER LES CHEVEUX)	1 À 2 FOIS PAR JOUR <input type="checkbox"/>	PLUS DE 5 FOIS PAR JOUR <input type="checkbox"/>
	1 À 3 FOIS SEMAINE <input type="checkbox"/>	PLUS DE 5 FOIS SEMAINE <input type="checkbox"/>
OPPOSITION <input type="checkbox"/>	1 À 2 FOIS PAR JOUR <input type="checkbox"/>	PLUS DE 5 FOIS PAR JOUR <input type="checkbox"/>
	1 À 3 FOIS SEMAINE <input type="checkbox"/>	PLUS DE 5 FOIS SEMAINE <input type="checkbox"/>
FUGUE <input type="checkbox"/>	1 À 2 FOIS PAR JOUR <input type="checkbox"/>	PLUS DE 5 FOIS PAR JOUR <input type="checkbox"/>
	1 À 3 FOIS SEMAINE <input type="checkbox"/>	PLUS DE 5 FOIS SEMAINE <input type="checkbox"/>

SERVICES ACTUELS – SANTÉ/RÉADAPTATIONCLSC DE LA MRC D'ACTON – VOLET PSYHOSOCIAL – VOLET SANTÉ (PHYSIQUE) CRDI (CENTRE DE RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE) CMR (CENTRE MONTÉRÉGIEN DE RÉADAPTATION) INTERVENANT SCOLAIRE : SPÉCIFIEZ _____ AUTRE : SPÉCIFIEZ _____

PERSONNES AUTORISÉES À PARTAGER DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

NOM : _____

NOM : _____

FONCTION : _____

FONCTION : _____

TÉLÉPHONE : _____

TÉLÉPHONE : _____

INTERVENANT(S) À L'ÉCOLE

NOM : _____

NOM : _____

FONCTION : _____

FONCTION : _____

TÉLÉPHONE : _____

TÉLÉPHONE : _____

POUR LES PARENTS DONT LES ENFANTS AURONT UN SERVICE D'ACCOMPAGNEMENT

- Le code de vie du camp de jour s'applique aussi aux enfants avec service d'accompagnement.
- Si l'enfant utilise le transport adapté, c'est la responsabilité du parent d'organiser le transport adapté en fonction de l'horaire du camp.
- Heure maximale d'arrivée au camp pour les enfants (avec et sans accompagnement) : 9h30
- **Toute absence d'un enfant accompagné doit obligatoirement être mentionnée à la coordonnatrice du camp le matin même.** La Ville d'Acton Vale se réserve le droit d'appliquer des mesures lors d'absences trop fréquentes pouvant mener à une suspension ou une expulsion du camp de jour pour l'été. Cette politique a pour but de permettre au plus grand nombre de jeunes de pouvoir bénéficier de ce service.
- AUCUN REMBOURSEMENT EN CAS DE SUSPENSION OU D'EXPULSION.

AUTORISATION ET ACCEPTATION DES CONDITIONS

J'autorise les responsables du camp de jour et les personnes nommées ci-dessus, incluant les intervenants à l'école qui accompagnent mon enfant dans son parcours scolaire, à communiquer les renseignements nécessaires dans le but de déterminer les besoins spécifiques de mon enfant et de favoriser son intégration au camp de jour.

Ce consentement couvre la période qui débute à la date de signature et se termine le 18 août 2023.

Cette fiche santé détaillée n'est pas une confirmation d'accompagnement.

Si mon enfant a un service d'accompagnement, j'accepte les conditions énumérées ci-haut pour la durée du camp de jour.

Signature du parent

Date