Services culturels et sportifs
1505, 3e Avenue
Acton Vale, Qc J0H 1A0

FICHE SANTÉ DÉTAILLÉE
Camp régulier thématique 2024

À COMPLÉTER SI UN ENFANT A UN SUIVI PROFESSIONNEL À L'ÉCOLE OU EST DANS UNE CLASSE PARTICULIÈRE

Suivi professionnel à l'école : ☐ Éducation spécialisée ☐ Psychoéducation
☐ Autre : _____

Classe particulière : ☐ Oui ☐ Non

IDENTIFICATION DE L'ENFANT
NOM :
PRÉNOM :

SEMAINES D'INSCRIPTION AU CAMP			
Semaine 1 : 25 au 28 juin	☐	Semaine 5 : 22 au 26 juillet	☐
Semaine 2 : 1 au 5 juillet	☐	Semaine 6 : 29 juillet au 2 août	☐
Semaine 3 : 8 au 12 juillet	☐	Semaine 7 : 5 au 9 août	☐
Semaine 4 : 15 au 19 juillet	☐	Semaine 8 : 12 au 16 août	☐

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). ☐ FACILEMENT ☐

SPÉCIFIEZ :

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 ☐ (SE MORDRE, SE FRAPPER, SE COGNER LA TÊTE…)	1 À 2 FOIS PAR JOUR ☐ 1 À 3 FOIS SEMAINE ☐	PLUS DE 5 FOIS PAR JOUR ☐ PLUS DE 5 FOIS SEMAINE ☐
AGRESSIVITÉ ENVERS AUTRUI ☐ (MORDRE, FRAPPER, TIRER LES CHEVEUX)	1 À 2 FOIS PAR JOUR ☐ 1 À 3 FOIS SEMAINE ☐	PLUS DE 5 FOIS PAR JOUR ☐ PLUS DE 5 FOIS SEMAINE ☐
OPPOSITION ☐	1 À 2 FOIS PAR JOUR ☐ 1 À 3 FOIS SEMAINE ☐	PLUS DE 5 FOIS PAR JOUR ☐ PLUS DE 5 FOIS SEMAINE ☐
FUGUE ☐	1 À 2 FOIS PAR JOUR ☐ 1 À 3 FOIS SEMAINE ☐	PLUS DE 5 FOIS PAR JOUR ☐ PLUS DE 5 FOIS SEMAINE ☐

SERVICES ACTUELS – SANTÉ/RÉADAPTATION

CLSC 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 16 août 2024.

Dans l'éventualité où mon enfant aurait un service d'accompagnement, j'accepte les conditions énumérées ci-haut pour la durée du camp de jour.

_____ _____

Signature du parent Date

Services culturels et sportifs : 1505, 3e Avenue (Centre sportif), Acton Vale J0H 1A0
jany.proulx@ville.actonvale.qc.ca / 450 546-2703 poste 203