



À compléter si un enfant a un suivi professionnel à l'école ou est dans une classe particulière.

Cette fiche n'est pas une inscription au camp de jour et ne garantit pas un accompagnement.

Il n'y a aucune ressource spécialisée et professionnelle au camp de jour.

L'équipe d'accompagnement est composée d'étudiants.

L'attribution d'un service d'accompagnement et le ratio dépendent des besoins de l'enfant, mais aussi du nombre de demandes reçues et des ressources humaines disponibles.

IDENTIFICATION DE L'ENFANT	
Prénom :	Nom :
Date de naissance :	Âge :
Nom du parent :	Téléphone :
Courriel :	

HISTORIQUE D'ACCOMPAGNEMENT	
Camp de jour	
Est-ce que ce sera la première expérience de camp de jour pour votre enfant?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Est-ce que votre enfant a fréquenté le camp de jour d'Acton Vale l'été dernier?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, avait-il de l'accompagnement?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, est-ce qu'il y a eu des changements significatifs dans sa vie depuis l'été dernier? Spécifiez :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Année scolaire	
Votre enfant a-t-il un suivi particulier à l'école? Si oui, avec quelle ressource spécialisée? (psychoéducateur, éducateur spécialisé, orthopédagogue, orthophoniste, etc.)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Est-ce que votre enfant est dans une classe spécialisée durant l'année scolaire?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Est-ce que votre enfant a un accompagnateur en tout temps durant l'année scolaire?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, quel type d'accompagnement?	1/1 <input type="checkbox"/> 1/2 <input type="checkbox"/> 1/3 <input type="checkbox"/>
Si votre enfant a de l'accompagnement au camp de jour, autorisez-vous les responsables du camp de jour et l'accompagnateur de votre enfant de communiquer, en cas de besoin, avec l'intervenant en charge de votre enfant à l'école?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Nom de l'intervenant :	Téléphone :

NATURE DE LA (DES) PROBLÉMATIQUE(S)

Veillez cocher la/les case(s) appropriée(s)

Trouble du langage	<input type="checkbox"/>	TDA	<input type="checkbox"/>	TDAH	<input type="checkbox"/>
Déficience intellectuelle	<input type="checkbox"/>	Déficience visuelle	<input type="checkbox"/>	Déficience auditive	<input type="checkbox"/>
Trouble du spectre de l'autisme	<input type="checkbox"/>	Trouble d'opposition	<input type="checkbox"/>	Anxiété	<input type="checkbox"/>
Atteinte sur le plan physique	<input type="checkbox"/>	Spécifiez :			
Autre :					

SELON VOUS, VOTRE ENFANT A BESOIN D'UN ACCOMPAGNEMENT :

À titre informatif – Ne garantit pas un accompagnement ni le ratio coché

1 accompagnateur pour 1 enfant	<input type="checkbox"/>	1 accompagnateur pour 2 enfants	<input type="checkbox"/>
1 accompagnateur pour 3 enfants	<input type="checkbox"/>	Soutien occasionnel en groupe	<input type="checkbox"/>

FONCTIONNEMENT DE L'ENFANT

Communication

Votre enfant se fait comprendre : Facilement Avec difficulté (besoin du soutien)

Votre enfant comprend les autres :

Facilement Avec difficulté (besoin de soutien)
Spécifiez :

Votre enfant est en mesure de :

Comprendre les règlements d'un jeu simple lorsqu'on lui explique	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Comprendre les concepts de base (couleurs, grosseur...)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Nommer un besoin de base (faim, toilette, inconfort...)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Comprendre une consigne simple	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Exprimer une émotion	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Échanger avec autrui	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Faire une demande	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Lire	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Condition de l'enfant :

Votre enfant est-il en attente d'un diagnostic ? Oui Non

Votre enfant a-t-il reçu un diagnostic ? Oui Non

Si oui, spécifiez :

RELATIONS INTERPERSONNELLES

Votre enfant a-t-il des difficultés particulières avec les habiletés suivantes :

(Nécessite des interventions ponctuelles/régulières)

Demander de l'aide	<input type="checkbox"/>	Partager	<input type="checkbox"/>
Attendre son tour	<input type="checkbox"/>	Initier un contact adéquatement	<input type="checkbox"/>
S'occuper lors d'un temps libre	<input type="checkbox"/>	Exprimer sa colère/anxiété	<input type="checkbox"/>
Se concentrer sur une tâche	<input type="checkbox"/>		

AUTONOMIE

Alimentation

Votre enfant mange seul	<input type="checkbox"/>		
Votre enfant a besoin de soutien pour manger	<input type="checkbox"/>	Votre enfant a besoin de soutien pour boire	<input type="checkbox"/>
Votre enfant a une diète spéciale	<input type="checkbox"/>		
Spécifiez :			

Habillage

Votre enfant s'habille seul	<input type="checkbox"/>	Votre enfant s'habille avec du soutien	<input type="checkbox"/>
-----------------------------	--------------------------	--	--------------------------

Propreté

Votre enfant est propre	<input type="checkbox"/>	N'est pas propre/porte des couches	<input type="checkbox"/>
Entraînement à la propreté (horaire/rappels)	<input type="checkbox"/>		

SANTÉ

Votre enfant a-t-il des problèmes de santé supposant une intervention particulière de l'accompagnateur? Oui Non

Si oui :

Allergie sévère	<input type="checkbox"/>	Problème cardiaque	<input type="checkbox"/>
Épilepsie	<input type="checkbox"/>	Asthme/problème respiratoire	<input type="checkbox"/>
Diabète	<input type="checkbox"/>	Prise de médication	<input type="checkbox"/>
Autre (spécifiez)	<input type="checkbox"/>		

COMPORTEMENT

Veillez cocher les comportements manifestés par votre enfant et la fréquence

Agressivité envers soi <input type="checkbox"/>	1 à 2 fois par jour	<input type="checkbox"/>	Plus de 5 fois par jour	<input type="checkbox"/>
(se mordre, se frapper, se cogner la tête)	1 à 3 fois par semaine	<input type="checkbox"/>	Plus de 5 fois par semaine	<input type="checkbox"/>

Dans quels contextes ces comportements ont-ils tendance à survenir?

De quelle façon suggérez-vous d'intervenir? (ignorer, humour, rediriger...)

Agressivité envers autrui <input type="checkbox"/>	1 à 2 fois par jour <input type="checkbox"/>	Plus de 5 fois par jour <input type="checkbox"/>
(mordre, frapper, tirer les cheveux)	1 à 3 fois par semaine <input type="checkbox"/>	Plus de 5 fois par semaine <input type="checkbox"/>
Dans quels contextes ces comportements ont-ils tendance à survenir?		
De quelle façon suggérez-vous d'intervenir? (ignorer, humour, rediriger...)		
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 par semaine <input type="checkbox"/>	Plus de 5 fois par semaine <input type="checkbox"/>
Dans quels contextes ces comportements ont-ils tendance à survenir?		
De quelle façon suggérez-vous d'intervenir? (ignorer, humour, rediriger...)		
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 par semaine <input type="checkbox"/>	Plus de 5 fois par semaine <input type="checkbox"/>
Dans quels contextes ces comportements ont-ils tendance à survenir?		
De quelle façon suggérez-vous d'intervenir? (ignorer, humour, rediriger...)		

FORCES ET INTÉRÊTS DE L'ENFANT

Quelles sont ses forces?

Quels sont ses centres d'intérêt, passe-temps et loisirs?

SEMAINES DE FRÉQUENTATION DE L'ENFANT AU CAMP DE JOUR

Ceci n'est pas une inscription. Les informations servent uniquement à des fins de prévision.

Semaine 1 : 23 au 27 juin	<input type="checkbox"/>	Semaine 5 : 21 au 25 juillet	<input type="checkbox"/>
Semaine 2 : 30 juin au 4 juillet	<input type="checkbox"/>	Semaine 6 : 28 juillet au 1 ^{er} août	<input type="checkbox"/>
Semaine 3 : 7 au 11 juillet	<input type="checkbox"/>	Semaine 7 : 4 au 8 août	<input type="checkbox"/>
Semaine 4 : 14 au 18 juillet	<input type="checkbox"/>	Semaine 8 : 11 au 15 août	<input type="checkbox"/>

Mon enfant fréquentera le service de garde du matin

Mon enfant fréquentera le service de garde de fin d'après-midi

Mon enfant ne fréquentera pas le service de garde

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.

- ✓ **Je déclare que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont complets et véridiques.**
- ✓ **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.**

Nom du parent (en lettres détachées)

Signature du parent

Date

**FICHE D'ÉVALUATION À COMPLÉTER ET REMETTRE LORS DE L'INSCRIPTION AU SECRÉTARIAT
OU DANS LES PLUS BREFS DÉLAIS SUITE À UNE INSCRIPTION EN LIGNE**

Merci de votre précieuse collaboration, qui contribue à mieux prévoir le personnel requis.

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