

RENSEIGNEMENTS – ENFANT (CECI N'EST PAS UNE INSCRIPTION)

Nom de l'enfant :	_____	Sexe de l'enfant :	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
Adresse :	No _____ Rue _____	Âge :	_____
Date de naissance :	Ville ST-LIBOIRE / Code postal JOH 1R0 Jour _____ Mois _____ Année _____	Langue parlée :	_____

Expériences antérieures et attentes	Votre enfant a-t-il déjà fréquenté :	
<input type="checkbox"/> Camp de jour <input type="checkbox"/> Camp de vacances	Nom de l'établissement : _____	Dernière année de fréquentation : _____
Indiquez vos besoins pour l'été 2019 :		
<input type="checkbox"/> SEM. 1 (25 AU 28 juin)	<input type="checkbox"/> SEM. 2 (2 AU 5 juillet)	<input type="checkbox"/> SEM. 3 (8 AU 12 juillet)
<input type="checkbox"/> SEM. 5 (29 juillet AU 2 août)	<input type="checkbox"/> SEM. 6 (5 AU 9 août)	<input type="checkbox"/> SEM. 7 (12 AU 16 août)
Indiquez vos besoins en service de garde : <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM (22 au 26 juillet 2019 camp de jour et service de garde fermé)		

Type d'incapacité		
<input type="checkbox"/> Auditive	<input type="checkbox"/> Trouble dans le spectre de l'autisme (TSA)	<input type="checkbox"/> Anxiété
<input type="checkbox"/> Intellectuelle	<input type="checkbox"/> Trouble de langage	<input type="checkbox"/> Opposition
<input type="checkbox"/> Motrice	<input type="checkbox"/> Visuelle	<input type="checkbox"/> Trouble déficitaire de l'attention (TDAH)
Précision sur l'incapacité : _____		

Communication	Problèmes de santé particuliers
Langage utilisé <input type="checkbox"/> parlé <input type="checkbox"/> non verbal <input type="checkbox"/> gestuel <input type="checkbox"/> un appareil de communication	Votre enfant a des problèmes de santé supposant une intervention particulière de l'accompagnateur <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Précisez : _____ (tableau bliss ou autres)	Si oui, nature des problèmes <input type="checkbox"/> gavage <input type="checkbox"/> diabète <input type="checkbox"/> problème respiratoire grave <input type="checkbox"/> épilepsie <input type="checkbox"/> problème cardiaque <input type="checkbox"/> allergie sévère : _____ <input type="checkbox"/> autre(s) _____
Compréhension	Actions requises : _____
Votre enfant se fait comprendre <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Votre enfant comprend <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Précisez : _____	Problèmes de comportement

Alimentation	Problèmes de comportement
Votre enfant a besoin d'aide pour Manger <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Boire <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Diète spéciale <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Votre enfant a des problèmes de comportement <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Problèmes rencontrés : _____	Si oui, nature des problèmes <input type="checkbox"/> agressivité envers lui-même <input type="checkbox"/> opposition régulière <input type="checkbox"/> agressivité envers les autres <input type="checkbox"/> problème de fugue <input type="checkbox"/> anxiété <input type="checkbox"/> autre(s) _____ <input type="checkbox"/> opposition occasionnelle
Habillage	Précisez : _____
Votre enfant a besoin d'aide pour s'habiller <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Interventions particulières de l'accompagnateur

Déplacements	Interventions particulières de l'accompagnateur
Votre enfant se déplace à l'intérieur <input type="checkbox"/> seul <input type="checkbox"/> avec aide à l'extérieur <input type="checkbox"/> seul <input type="checkbox"/> avec aide en fauteuil roulant <input type="checkbox"/> seul <input type="checkbox"/> avec aide <input type="checkbox"/> ne s'applique pas	Interventions requises par l'accompagnateur <input type="checkbox"/> rappel des consignes <input type="checkbox"/> stimulation à la participation <input type="checkbox"/> aide à l'orientation <input type="checkbox"/> assistance pour aller chercher du matériel ou de la nourriture <input type="checkbox"/> aide au transfert (fauteuil roulant) <input type="checkbox"/> autre (s) _____ <input type="checkbox"/> aide aux transitions
autres appareils <input type="checkbox"/> seul <input type="checkbox"/> avec aide Précisez : _____	Précisez : _____

Soins personnels	Médication
Votre enfant a besoin d'aide pour <input type="checkbox"/> Hygiène personnelle <input type="checkbox"/> aller aux toilettes <input type="checkbox"/> incontinence <input type="checkbox"/> autre (s) : _____	Votre enfant prend-il un ou des médicaments (s) <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	Si oui, spécifiez le nom du ou des médicaments (s) et le ou les motifs (s) : _____
	Votre enfant peut prendre son ou ses médicaments sans aide <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES AVEC LE BESOIN D'ACCOMPAGNEMENT

RENSEIGNEMENTS – PÈRE, MÈRE OU TUTEUR

Mère Père Tuteur légal

Mère Père Tuteur légal

Nom et prénom :

--	--

Adresse :

--	--

No

Rue

No

Rue

Ville

Code postal

Ville

Code postal

Téléphone résidentiel :

--	--

Téléphone au travail :

--	--

Téléphone cellulaire :

--	--

Courriel :

--	--

SERVICES ACTUELS – SANTÉ/RÉADAPTATION

CISSS de la Montérégie-Est/CLSC des Maskoutains (volet psychosocial : travailleur social, psychoéducateur, éducateur, technicien en travail social)

CISSS de la Montérégie-Ouest/Centre montréalais de réadaptation – Saint-Hyacinthe

CISSS de la Montérégie-Ouest /Programmes de déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique (anciennement CRDITED)

CISSS de la Montérégie-Centre/Institut Nazareth et Louis-Braille

autre Spécifiez : _____

***ATTENTION : Le dossier doit être actif**

SERVICES ACTUELS - SCOLAIRE

Identification des renseignements pouvant être communiqués et transmis :

▪ Plan d'intervention adapté;

▪ Renseignements sur les besoins d'encadrement de votre enfant;

▪ Renseignements concernant sa routine;

▪ Renseignements sur son comportement social lorsqu'il est en groupe lors d'activités

Nom de l'école : _____

Directeur de l'école

Nom

No de téléphone

Professionnels ou intervenants du service des ressources éducatives

Nom

No de téléphone

Autre

Nom

No de téléphone

AUTORISATION

En considération de ce qui précède, j'autorise les représentants des organismes nommés ci-dessus à communiquer les renseignements nécessaires dans le but de favoriser l'intégration de mon enfant au sein du camp de jour 2019.

CECI N'EST PAS UNE INSCRIPTION AU CAMP DE JOUR

Ce consentement couvre la période qui débute à la date de signature et qui se termine le 1^{er} septembre 2019.

Signature du parent

date

J'autorise la ville de **SAINT-LIBOIRE** et Les Loisirs de St-Liboire inc. à acheminer au responsable du CISSS-ME/CLSC des Maskoutains, la fiche d'inscription de mon enfant. Le responsable s'assurera de faire suivre la fiche au comité consultatif afin d'assurer l'intégration de votre enfant au sein du camp de jour 2019.

Signature du parent

date