

Remplir un (1) formulaire par enfant

ÉTÉ 2019

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

Nom de l'enfant :

Adresse :

No	Rue
ST-LIBOIRE	JOH 1R0
Ville	Code postal

Date de naissance :

_____ / _____ / _____
Jour / Mois / Année

Sexe de l'enfant :

 Masculin Féminin

Âge :

Langue parlée :

Expériences antérieures et attentes : Votre enfant a-t-il déjà fréquenté :

Nom de l'établissement :

Dernière année de fréquentation :

 Camp de jour Camp de vacances**Indiquez vos besoins pour l'été 2019 :** SEM. 1 (25 AU 28 juin) SEM. 2 (2 AU 5 juillet) SEM. 3 (8 AU 12 juillet) SEM. 4 (15 AU 19 juillet) SEM. 5 (29 juillet AU 2 août) SEM. 6 (5 AU 9 août) SEM. 7 (12 AU 16 août)Indiquez vos besoins en service de garde : AM PM (**22 au 26 juillet 2019 camp de jour et service de garde fermé**)**Type d'incapacité** Auditive Trouble dans le spectre de l'autisme (TSA) Visuelle Intellectuelle Trouble de langage Autres – spécifiez : _____ Motrice Problème de santé mentale

Précision sur l'incapacité : _____

Communication

Langage utilisé

 parlé non verbal gestuel un appareil de communication

Précisez : _____ (tableau Bliss ou autres)

Compréhension

Votre enfant se fait comprendre

 oui non

Votre enfant comprend

 oui non

Précisez : _____

Alimentation

Votre enfant a besoin d'aide pour

Manger

 oui non

Boire

 oui non

Diète spéciale

 oui non

Problèmes rencontrés : _____

Habillage

Votre enfant a besoin d'aide pour s'habiller

 oui non

Précisez : _____

Déplacements

Votre enfant se déplace

à l'intérieur

 seul avec aide

à l'extérieur

 seul avec aide

en fauteuil roulant

 seul avec aide ne s'applique pas

autres appareils

 seul avec aide

Précisez : _____

Soins personnels

Votre enfant a besoin d'aide pour

 Hygiène personnelle aller aux toilettes incontinence autre (s) :

Problèmes de santé particuliers

Votre enfant a des problèmes de santé supposant une intervention particulière de l'accompagnateur

 oui non

Si oui, nature des problèmes

 diabète gavage épilepsie problème respiratoire grave allergie sévère : _____ problème cardiaque autre(s) _____

Actions requises : _____

Problèmes de comportement

Votre enfant a des problèmes de comportement

 oui non

Si oui, nature des problèmes

 agressivité envers lui-même opposition régulière agressivité envers les autres problème de fugue anxiété autre(s) _____ opposition occasionnelle

Précisez : _____

Interventions particulières de l'accompagnateur

Interventions requises par l'accompagnateur

 rappel des consignes stimulation à la participation aide à l'orientation assistance pour aller aide au transfert (fauteuil roulant) chercher du matériel ou de la nourriture autre (s) _____ aide aux transitions

Précisez : _____

Médication

Votre enfant prend-il un ou des médicaments (s)

 oui 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

 oui 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)
- 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 :

Nom de l'école : _____

Directeur de l'école

NOM

No de téléphone

Professionnels ou intervenants du service des ressources éducatives

NOM

No de téléphone

Autres

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 2018.

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 2018.

Signature du parent

date

