

FORMULAIRE D'INSCRIPTION AU PROGRAMME D'ACCOMPAGNEMENT AU CAMP DE JOUR

Nom du participant : _____

PORTRAIT DU PARTICIPANT

Identification

Sexe : Masculin Féminin

Âge : _____

Type d'incapacité :

<input type="checkbox"/> Auditive	<input type="checkbox"/> Intellectuelle	<input type="checkbox"/> Trouble du langage ou de la parole
<input type="checkbox"/> Autisme	<input type="checkbox"/> Physique	<input type="checkbox"/> Trouble envahissant du développement
<input type="checkbox"/> Autres (préciser) :	<input type="checkbox"/> Visuelle	<input type="checkbox"/> Problème de santé mentale

Personnalité : Sociale Timide Agité Calme

Autonomie du participant (répondre à TOUTES les questions)

Communication

Langage utilisé :

<input type="checkbox"/> Parler (préciser) :	<input type="checkbox"/> gestuel	<input type="checkbox"/> Non verbal	<input type="checkbox"/> Autres (préciser) :
<input type="checkbox"/> Français			
<input type="checkbox"/> Anglais			
<input type="checkbox"/> Autres (préciser) :			

Compréhension

Communication avec les autres	<input type="checkbox"/> aide constante	<input type="checkbox"/> aide occasionnelle	<input type="checkbox"/> Supervision verbale	<input type="checkbox"/> Autonome
Compréhension des consignes	<input type="checkbox"/> aide constante	<input type="checkbox"/> aide occasionnelle	<input type="checkbox"/> Supervision verbale	<input type="checkbox"/> Autonome
Se fait comprendre	<input type="checkbox"/> facilement	<input type="checkbox"/> difficilement		

Alimentation

Besoin d'aide pour manger	<input type="checkbox"/> aide constante	<input type="checkbox"/> aide occasionnelle	<input type="checkbox"/> Supervision verbale	<input type="checkbox"/> Autonome
Besoin d'aide pour boire	<input type="checkbox"/> aide constante	<input type="checkbox"/> aide occasionnelle	<input type="checkbox"/> Supervision verbale	<input type="checkbox"/> Autonome
Diète particulière	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non		

Si oui, précisez : _____

Habillement

La personne a besoin d'aide pour s'habiller oui non

Déplacement

Se déplace à l'intérieur	<input type="checkbox"/> aide constante	<input type="checkbox"/> aide occasionnelle	<input type="checkbox"/> Supervision verbale	<input type="checkbox"/> Autonome
Se déplace à l'extérieur	<input type="checkbox"/> aide constante	<input type="checkbox"/> aide occasionnelle	<input type="checkbox"/> Supervision verbale	<input type="checkbox"/> Autonome
Courts déplacements au camp	<input type="checkbox"/> aide constante	<input type="checkbox"/> aide occasionnelle	<input type="checkbox"/> Supervision verbale	<input type="checkbox"/> Autonome
En sortie / longues distances	<input type="checkbox"/> aide constante	<input type="checkbox"/> aide occasionnelle	<input type="checkbox"/> Supervision verbale	<input type="checkbox"/> Autonome
Se déplace en fauteuil roulant	<input type="checkbox"/> seule	<input type="checkbox"/> avec aide	<input type="checkbox"/> Ne s'applique pas	
Se déplace avec d'autres appareils	<input type="checkbox"/> seule	<input type="checkbox"/> avec aide	<input type="checkbox"/> Ne s'applique pas	

Si oui, précisez

<input type="checkbox"/> Fauteuil motorisé	<input type="checkbox"/> Déambulateur
<input type="checkbox"/> Poussette adaptée	<input type="checkbox"/> Autres (précisez) :
<input type="checkbox"/> Cannes/béquilles	

Soins personnels

La personne a besoin d'aide pour :

<input type="checkbox"/> aller à la toilette	<input type="checkbox"/> incontinence	<input type="checkbox"/> ses soins personnels	<input type="checkbox"/> gérer ses effets personnels (boîte à lunch, etc)
--	---------------------------------------	---	---

PORTRAIT DU PARTICIPANT (SUITE)

Autonomie du participant (répondre à TOUTES les questions)

Participation aux activités

Interaction avec les adultes aide constante aide occasionnelle Supervision verbale Autonome

Interaction avec les autres enfants aide constante aide occasionnelle Supervision verbale Autonome

Fonctionnement en groupe aide constante aide occasionnelle Supervision verbale Autonome

Activité de motricité fine (bricolage, manipulations, insertions, etc.) aide constante aide occasionnelle Supervision verbale Autonome

Activité de motricité globale (sports, jeux, psychomoteurs, ballons, etc.) aide constante aide occasionnelle Supervision verbale Autonome

Rester avec le groupe aide constante aide occasionnelle Supervision verbale Autonome

Éviter les situations dangereuses (conscience du danger) aide constante aide occasionnelle Supervision verbale Autonome

Transport

Capacité à utiliser le transport « régulier » lors des sorties

non oui SANS équipement oui AVEC équipement – préciser qui assurera le transport lors des sorties :

Problèmes de santé particuliers

La personne a des problèmes de santé pouvant nécessiter une intervention particulière de l'accompagnateur Oui Non

Nature des problèmes astmes Constipation/diarrhée Mal des transports Problème cutanée épilepsie problème cardiaque diabète Saignement de nez problème respiratoire Maux de tête/ migraines fréquentes Otites fréquentes autres (préciser) :

Si vous avez répondu oui à la question précédente, indiquez les actions et mesures à prendre en cas de crises :

Allergies, intolérances et restrictions alimentaires

La personne a des allergies/intolérances (alimentaire, environnement, médicaments, autres) Intolérance Allergie légère Allergie sévère Allergie mortelle Allergie si ingestion seulement Allergie au contact Non

Si oui, préciser :

La personne possède un auto-injecteur d'épinéphrine (Épipen, Twinject ou autre) Oui Non
Personne autorisées à l'administrer : L'enfant lui-même Adulte responsable

Restriction alimentaires (autres que des allergies) Oui (préciser) : Non

Comment la personne mange t'elle Facilement Difficilement Peu d'appétit

PORTRAIT DU PARTICIPANT (SUITE)

Autonomie du participant (répondre à TOUTES les questions)

Médication

**Pour être conforme à la loi et nous permettre d'administrer la médication, vous devez joindre une copie de la prescription de médication avec ce formulaire*

Votre enfant doit-il prendre des médicaments durant les heures du camp de jour (si oui, compléter le tableau) Oui Non

Nom du médicament	Prescrit pour	Posologie	Effets secondaires et/ou contre-indications (exposition au soleil, hydratation, appétit...)
-------------------	---------------	-----------	---

Problèmes de comportement

La personne présente des troubles de comportement que nous devrions surveiller :

Comportement	Dans quels contextes les comportements ont tendance à surgir?	De quelle façon suggérez-vous d'intervenir (ignorer, humour, rediriger, etc.)
Agressivité envers elle-même		
Agressivité envers les autres		
Anxiété		
Automutilation		
Fugues		
Habitudes ou des manies particulières (accepté ou non)		
Opposition		
Hyperactivité		
Impulsivité		
Autres (préciser) :		

Description des activités de loisirs pratiquées par le participant

Capacité aquatique

Autonomie dans l'eau	<input type="checkbox"/> Nage seul en eau peu profonde <input type="checkbox"/> Nage seul en eau profonde <input type="checkbox"/> Nage seul avec un VFIO	<input type="checkbox"/> Besoin d'accompagnement <input type="checkbox"/> Ne sait pas nager <input type="checkbox"/> Doit porter des bouchons
La personne a suivi des cours de natation	<input type="checkbox"/> oui Si oui, dernier niveau complété :	<input type="checkbox"/> non

Antécédents d'intégration (cocher TOUTES les cases qui s'appliquent)

CPE ou garderie Service de garde (préciser le ratio) : Activité parascolaire
 Classe scolaire spécialisée Accompagnement en classe régulière Camp de jour

Nom de l'intervenant en milieu scolaire :

École :

Coordonnées de l'intervenant en milieu scolaire :

Outils utilisés pour faciliter l'intégration de l'enfant

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Horaire personnalisé | <input type="checkbox"/> Indicateur de temps (ex. chronomètre, etc.) | <input type="checkbox"/> Gestes |
| <input type="checkbox"/> Tableau récompense | <input type="checkbox"/> Ordinateur | <input type="checkbox"/> Mains animées |
| <input type="checkbox"/> Pictogrammes | <input type="checkbox"/> Langue des signes du Québec (LSQ) | <input type="checkbox"/> Autres (préciser) : |
| <input type="checkbox"/> Tableau | | |

Autres détails importants à mentionner :

RECOMMANDATION DE L'INTERVENANT RÉFÉRENT

Cette section DOIT ÊTRE REMPLIE par un intervenant provenant d'un organisme (CSVDC, ETSB, CRDI, CSSS, etc.) et est essentielle pour l'admissibilité au programme

Ratio recommandé 1 / 1 1 / 2 1 / 3 Autre ratio :

Nombre de semaines maximum recommandé

Participation à temps plein à temps partiel

Si à temps partiel, nombre de jour par semaine recommandé :

Nombre d'heure par jour recommandé : de 9h à 16h
 en matinée seulement
 en après-midi seulement
 autre :

Groupe d'âge recommandé
(aide au parrainage avec les autres enfants) 5-6 ans
 7-8 ans
 9-10 ans
 11-12 ans

Service de garde recommandé Accompagnement ratio 1 pour 1
 Accompagnement ratio 1 pour 2
 Autre :

Autres détails importants à mentionner :

Intervenant référent :
(Obligatoire pour l'admissibilité)

Organisme :

Coordonnées :

J'ai rempli la fiche d'identification et je certifie que les renseignements fournis sont exacts :

Signature du parent :

Date :

Signature de l'intervenant :

Date :