

RENSEIGNEMENTS – ENFANT

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Sexe de l'enfant :

Adresse : \_\_\_\_\_

☐ Masculin ☐ Féminin

No Rue

☐ Non binaire

Ville Code postal

Date de naissance : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Age : \_\_\_\_\_

Jour Mois Année

Parents ou tuteur

☐ Mère ☐ Père ☐ Tuteur légal

☐ Mère ☐ Père ☐ Tuteur légal

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Intérêt

Intérêt de l'enfant à participer aux activités du camp?

☐ Aucun ☐ Peu ☐ Moyen ☐ Beaucoup

Expérience antérieure

Votre enfant a-t-il déjà vécu des expériences de camp?

☐ Non ☐ Camp de jour ☐ Camp de vacances

Nom de l'établissement : \_\_\_\_\_

Dernière année de fréquentation : \_\_\_\_\_

Histoire

Votre enfant a-t-il vécu un changement ou des difficultés particulières dans la dernière année?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nature des besoins

Votre enfant connaît-il des enjeux de santé qui pourraient demander une intervention particulière de l'animateur?

☐ Oui ☐ Non

☐ Diabète ☐ Difficulté respiratoire ☐ Épilepsie ☐ Allergie

☐ Mal des transports ☐ Migraines ☐ Saignements de nez fréquents ☐ Difficulté cardiaque

☐ Autre(s) : \_\_\_\_\_

Actions requises : \_\_\_\_\_

Soins personnels

Votre enfant a besoin d'aide pour :

☐ Hygiène personnelle

☐ Aller au toilette

☐ Changer une culotte protectrice

☐ Autres : \_\_\_\_\_

Précisez : \_\_\_\_\_

Médication

Prise de médicament durant la période de camp?

☐ Oui ☐ Non

Votre enfant prend-il son médicament sans aide?

☐ Oui ☐ Non

Nom du médicament : \_\_\_\_\_

Motif : \_\_\_\_\_

Communication

Langage utilisé : ☐ Parole ☐ Non verbal ☐ Gestuel ☐ Appareil de communication

Difficultés auditives? ☐ Oui ☐ Non

Difficultés visuelles? ☐ Oui ☐ Non

Votre enfant est-il en mesure de formuler des demandes d'aide? ☐ Oui ☐ Non

Votre enfant a-t-il besoin de soutien pour entrer en relation? ☐ Oui ☐ Non

Activités préférées et intérêts de votre jeune : \_\_\_\_\_

Outils utilisés pour favoriser la communication (ex : horaire visuel): \_\_\_\_\_

Précisez : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

AlimentationHabillage

Votre enfant a besoin d'aide pour :	Votre enfant a besoin d'aide pour :
Manger : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Boire : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Précisez : _____
Gavage : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Diète spéciale : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Précisez : _____	
_____	

MobilitéInterventions particulières

Capacité de déplacement	Interventions requises de l'accompagnateur :
À l'intérieur : <input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> Avec aide	<input type="checkbox"/> Rappel des consignes <input type="checkbox"/> Stimulation
À l'extérieur : <input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> Avec aide	<input type="checkbox"/> Aide à l'orientation <input type="checkbox"/> Aide aux transitions
Faire les transferts : <input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> Avec aide	<input type="checkbox"/> Aide pour réguler les émotions
En fauteuil roulant : <input type="checkbox"/> n/a <input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> Avec aide	<input type="checkbox"/> Assistance pour aller chercher matériel/nourriture
Autres aides techniques : _____	Autres/précisez : _____
_____	_____
_____	_____

Comportement

Votre enfant a-t-il des particularités de comportement? ☐ Oui ☐ Non

☐ Opposition occasionnelle ☐ Opposition régulière ☐ Tics (moteurs, verbaux) et stéréotypie

☐ Gestes destructeurs envers les objets ou les personnes ☐ Comportement sexualisé

☐ Inconscience du danger ☐ Impulsivité

☐ Autres : \_\_\_\_\_

Besoin sensoriel

☐ Oui ☐ Non

Votre enfant est hyper/hyposensible : ☐ Aux sons ☐ Au goût ☐ À l'odorat ☐ Au toucher ☐ À la luminosité

Expliquez : \_\_\_\_\_

Astuces utilisées avec succès :

☐ Aménagement d'un coin calme ☐ Outils sensoriels (tangle, balle antistress, etc.)

☐ Casque antibruit (coquilles) ☐ Période de repos/pause sensorielle

☐ Autres / précisez : \_\_\_\_\_

Informations complémentaires

Décrivez les stratégies gagnantes avec votre enfant :

Informations particulières à nous transmettre pour favoriser l'intégration de votre enfant (trucs, conseils, astuces, etc.).

Ex : Je donne à mon enfant un gros coussin qu'il peut serrer contre lui pour s'apaiser lorsqu'il vit beaucoup d'émotions.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Autres informations pertinentes avec le besoin d'accompagnement :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

SERVICES ACTUELS

- ☐ **CISSS DE LA MONTÉRÉGIE-EST** / CLSC des Patriotes  
(Volet psychosocial : travailleur social, psychoéducateur, éducateur)

Nom du professionnel et fonction : \_\_\_\_\_

Coordonnées : \_\_\_\_\_

- ☐ **CISSS DE LA MONTÉRÉGIE-OUEST**

- ☐ Programme 0-6 ans DI-TSA-DP
- ☐ Programme DI 7 ans et +
- ☐ Programme TSA 7 ans et +
- ☐ Programme déficiences langagières et motrices

Nom du professionnel et fonction : \_\_\_\_\_

Coordonnées : \_\_\_\_\_

- ☐ **CISSS DE LA MONTÉRÉGIE-CENTRE** / Installation Institut Nazareth et Louis-Braille

Nom du professionnel et fonction : \_\_\_\_\_

Coordonnées : \_\_\_\_\_

- ☐ **CENTRE DE SERVICE SCOLAIRE DES PATRIOTES**

Nom de l'établissement : \_\_\_\_\_

Nom du professionnel et fonction : \_\_\_\_\_

Coordonnées : \_\_\_\_\_

- ☐ **AUTRES**

Nom de l'établissement : \_\_\_\_\_

Nom du professionnel et fonction : \_\_\_\_\_

Coordonnées : \_\_\_\_\_

N'oubliez pas de remplir la grille d'admisibilité et le calendrier de  
fréquentation afin de compléter le dossier de votre enfant.

Ces documents permettront aux responsables du camp de jour d'avoir un portrait des  
besoins de votre enfant.

Merci pour votre participation, nous vous souhaitons un bel été 2025.

