



DEMANDE 2022  
PROGRAMME D'ACCOMPAGNEMENT  
CAMP DE JOUR D'OKA

**IDENTIFICATION – UNE FICHE PAR ENFANT**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_ ans

Numéro d'assurance maladie : \_\_\_\_\_ Expiration : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

L'enfant vient de compléter ~~la~~ (année scolaire) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Nom et prénom du parent 1 : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Nom et prénom du parent 2 : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

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

**Veillez indiquer une personne à contacter en cas d'urgence *autre* que les parents :**

Nom et prénom du contact : \_\_\_\_\_

Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

Téléphone d'urgence : \_\_\_\_\_

**DÉTAILS CONCERNANT L'ACCOMPAGNEMENT PARTICULIER**

**Choix des semaines**

Est-ce que votre enfant sera présent lors des 8 semaines de camp ? : \_\_\_\_\_

Si non, veuillez sélectionner les semaines où il sera présent :

Semaines de camp de jour	27 juin au 1 <sup>er</sup> juillet	4 juillet au 8 juillet	11 juillet au 15 juillet	18 juillet au 22 juillet	25 juillet au 29 juillet	1 <sup>er</sup> août au 5 août	8 août au 12 août	15 août au 19 août
Présence								

Initiales : \_\_\_\_\_

## Service de garde

S.V.P., identifier l'heure approximative d'arrivée et de départ si vous avez un besoin récurrent.

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
AM					
PM					

Dans le but de respecter la vie privée de votre enfant, il n'est pas obligatoire de remplir certaines sections. Toutefois, dans le but de permettre à votre enfant de vivre une situation d'inclusion **positive, sécuritaire et significative**, nous vous invitons à nous donner toutes les informations importantes pour cibler ses besoins.

## Veillez cocher le ou les diagnostics (facultatif)

Déficience physique motrice/motrice cérébrale (DM/DMC)	Problème de santé mentale (SM)	Trouble de la communication (DL/DA)	Trouble du spectre de l'autisme (TSA)	Trouble grave de comportement (TGC)	Déficience visuelle (DV)	Trouble déficitaire de l'attention et hyperactivité (TDAH)	Déficience intellectuelle (DI)
Autres (précisez)							

## Problèmes de santé particuliers

Est-ce que votre enfant a des problèmes de santé supposant une intervention particulière de l'accompagnateur? \_\_\_\_\_

Si oui, veuillez cocher les troubles de santé.

	Allergie sévère	Épilepsie	Problème cardiaque	Diabète	Problème respiration grave
Autre (précisez)					

Initiales : \_\_\_\_\_

## Autonomie

Veuillez cocher le ou les types de langages utilisés par l'enfant.

Langage utilisé				
	Verbal	Non verbal	Gestuel	Un appareil de communication
Si votre enfant utilise un appareil de communication, indiquez le moyen ou l'outil à utiliser ainsi que son fonctionnement				

Compréhension		
	Facilement	Difficilement
L'enfant se fait comprendre		
L'enfant comprend		

Alimentation et habillement			
	Aucune aide	Aide partielle	Aide complète
L'enfant a besoin d'aide pour manger			
L'enfant a besoin d'aide pour boire			
L'enfant a besoin d'aide pour s'habiller			
Diète spéciale, allergies, médicaments			

Déplacements		
Votre enfant se déplace	Aucune aide	Aide complète
À l'intérieur		
À l'extérieur		
En fauteuil roulant		
Autres appareils (précisez)		

Initiales : \_\_\_\_\_

<b>Soins d'hygiène</b>			
<b>L'enfant a besoin d'aide pour</b>	Aucune aide	Aide partielle	Aide complète
Aller à la toilette			
Lavage des mains			
Autres (précisez)			
Utilisation des couches ou des culottes de propreté			

<b>Nature des comportements</b>			
<b>Votre enfant...</b>	Oui	Non	Parfois
Mord			
Crache			
Frappe			
Pousse			
Tire les cheveux			
A des comportements d'automutilation (ex. : se frapper)			
A des comportements de destruction			
Fugue			
S'oppose			
Vit des inconforts tactiles			
Vit des difficultés à déroger de sa routine			
Vit des difficultés avec les transitions			
Vit des difficultés avec les imprévus			
Vit de l'hypersensibilité aux stimuli (bruits, toucher, etc.)			
L'enfant a-t-il conscience du danger			
<b>L'enfant a-t-il une réaction significative</b>			
Avec les adultes			
Avec les autres enfants			
Avec les inconnus			
S'il est en colère			
S'il a besoin d'attention			
Si vous avez répondu oui à une de ces questions, précisez :			

Initiales : \_\_\_\_\_

## Interventions

Quelles sont les interventions à prioriser :

---

---

---

Quelles sont les interventions à éviter (ce qui peut provoquer une désorganisation chez l'enfant) :

---

---

---

Quelles sont les meilleures façons de l'encourager : \_\_\_\_\_

---

Comment favoriser le retour au calme et le rassurer :

---

---

## Autres informations

Votre enfant a-t-il un suivi particulier à l'école ? OUI NON

Nom de l'école : \_\_\_\_\_

Nom de l'enseignant(e) : \_\_\_\_\_

Est-ce que votre enfant reçoit un encadrement particulier à l'école? Si oui, lequel? : \_\_\_\_\_

---

Est-ce que vous possédez un rapport d'évaluation de l'école de votre enfant : OUI NON

Votre enfant prend-il des médicaments\* ? OUI NON

Si oui, noms des médicaments :

Posologie : \_\_\_\_\_

Posologie : \_\_\_\_\_

Initiales : \_\_\_\_\_

Les prend-il lui-même ? OUI NON Précisez : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\*Si votre enfant doit prendre des médicaments, vous devez remplir un formulaire d'autorisation de prise de médicament afin que les responsables puissent distribuer le médicament prescrit à votre enfant.

Autres commentaires pertinents :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

***En cochant cette case, j'autorise le personnel du Service des loisirs et de la culture à communiquer avec le professeur de mon enfant et les professionnels qui le supportent afin d'échanger de l'information sur mon enfant et de compléter nos documents d'avis de l'enseignant et du professionnel pour permettre une meilleure évaluation individuelle et pour connaître les besoins et capacités de celui-ci.***

**Signature du parent :** \_\_\_\_\_ **Date :** \_\_\_\_\_

Initiales : \_\_\_\_\_