

# PROGRAMME D'ACCOMPAGNEMENT 2024

## Renseignements personnels - Enfant

Prénom et nom de l'enfant  Sexe choisi par l'enfant:

Date de naissance :  No. d'assurance. maladie :

Adresse :  Ville :

Code postal :  Votre enfant est-il suivi par un TES à l'école?  O  N

Votre enfant est-il en classe ou école spécialisée?  O  N Quel type?

École fréquentée :  Niveau:

## Renseignements personnels - Personnes responsables de l'enfant

Personne 1 Lien avec l'enfant

Nom et prénom :  Téléphone :

Adresse courriel :

Personne 2 Lien avec l'enfant

Nom et prénom :  Téléphone :

Adresse courriel :

Y a-t-il des éléments particuliers à nous mentionner sur la situation familiale de l'enfant?

## Expériences antérieures

Votre enfant a-t-il déjà fréquenté un camp de jour ?  O  N Si oui, lequel ?

## Besoins pour l'été 2024 (heures variables selon le camp)

Indiquez votre choix de camp de jour pour l'été 2024 (nom du camp et site) :

Heure d'arrivée :  Heure de départ :  L'enfant utilisera-t-il le transport adapté?  O  N

<input type="checkbox"/> Sem. 1 (24 au 28 juin)	<input type="checkbox"/> Sem. 2 (1 au 5 juillet)	<input type="checkbox"/> Sem. 3 (8 au 12 juillet)	<input type="checkbox"/> Sem. 4 (15 au 19 juillet)
<input type="checkbox"/> Sem. 5 (22 au 26 juillet)	<input type="checkbox"/> Sem. 6 (29 juil. au 2 août)	<input type="checkbox"/> Sem. 7 (5 au 9 août)	<input type="checkbox"/> Sem. 8 (12 au 16 août)

## Besoins particuliers (limitations, difficultés, etc.)

Votre enfant a-t-il certains besoins particuliers influençant sa participation au camp de jour ?  O  N

Si oui, lesquels ?

## Communication

Langage utilisé :  Parlé  Pictogrammes  Tablette électronique

Non verbal  Scénario social  Autre :

Gestuel (mains animées)  Outils visuels

## Compréhension

Votre enfant comprend :  Tout  Avec de l'aide  Ne comprend pas

Votre enfant se fait comprendre :  En tout temps  Facilement  Difficilement  Pas du tout

Votre enfant comprend les consignes ...

1. De sécurité	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	2. De groupe	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
3. Consignes simples	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	4. Consignes complexes	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N

# PROGRAMME D'ACCOMPAGNEMENT 2024

## Alimentation

	Seul	Avec aide		O	N	
Votre enfant ...	1. Mange :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Demande à manger s'il a faim :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2. Boit :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Demande de l'eau s'il a soif :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5. Y a-t-il des risques d'étouffement?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

## Habillage

Votre enfant a besoin d'aide pour s'habiller/se déshabiller :  O  N Précisez :

## Déplacement

	Seul	Avec aide		Seul	Avec aide	
Votre enfant se déplace ...	1. À l'intérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Avec une canne blanche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2. À l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Avec un chien d'accompagnement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3. En fauteuil roulant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Temps de marche sans effort possible:	<input style="width: 100%;" type="text"/>	

## Problèmes de santé particuliers

Votre enfant a-t-il des problèmes de santé nécessitant une intervention particulière ?  O  N

Si oui, nature des problèmes (allergies, épilepsie, etc.) :

## Soins personnels

Votre enfant a besoin d'aide pour :

<input type="checkbox"/> Aller à la toilette	<input type="checkbox"/> Rappel pour aller à la toilette
<input type="checkbox"/> S'essuyer	<input type="checkbox"/> Faire ses transferts à la toilette
<input type="checkbox"/> Changement de couche	<input type="checkbox"/> Autres : <input style="width: 100%;" type="text"/>

## Médication

Votre enfant prend-t-il des médicaments ?  O  N

Votre enfant prend-il des PRN ?  O  N

Si oui, spécifiez le nom des médicaments et le motif :

Doivent-ils être pris au camp ?  O  N

Si oui, à quel moment ?

Besoins spécifiques lors de la prise de médicaments :

## Particularités comportementales et sensorielles

Votre enfant a-t-il des besoins particuliers en lien avec le comportement qu'il peut avoir au camp ?  O  N

Expliquez :

		O	N		O	N
Votre enfant peut-il ...	1. Frapper les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Crier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3. Se frapper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Briser du matériel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5. Mordre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Mettre des choses dans sa bouche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	7. Cracher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Lancer des objets ou bousculer le mobilier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	9. Être anxieux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. Rester avec un groupe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	11. S'opposer	<input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Parfois	<input type="checkbox"/> Souvent	<input type="checkbox"/> Toujours	
	12. S'enfuir/fuguer	<input type="checkbox"/> D'un local	<input type="checkbox"/> Du parc	<input type="checkbox"/> Du camp	<input type="checkbox"/> Jamais	
Votre enfant est-il...	Hyposensible	<input type="checkbox"/> Aux bruits	<input type="checkbox"/> Au toucher			
	Hypersensible	<input type="checkbox"/> Aux bruits	<input type="checkbox"/> Au toucher			
Votre enfant accepte-t-il de porter des coquilles anti-bruit au besoin?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Quelles informations pourraient être pertinentes sur les particularités de votre enfant ?

## PROGRAMME D'ACCOMPAGNEMENT 2024

### Interventions particulières

Inverventions requises par l'accompagnateur :

- |  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Lors de transitions | <input type="checkbox"/> Stimulation à la participation | <input type="checkbox"/> Orientation                   | <input type="checkbox"/> Utilisation d'un horaire visuel |
| <input type="checkbox"/> Lors de stimuli     | <input type="checkbox"/> Rappel des consignes           | <input type="checkbox"/> Gestion des effets personnels |  |
| <input type="checkbox"/> Apaisement          | <input type="checkbox"/> Autres : _____                 |  |  |

Votre enfant a-t-il besoin de moments isolés du groupe (pauses)? : \_\_\_\_\_

Quels renforçateurs sont efficaces auprès de votre enfant? \_\_\_\_\_

### Autorisations à partager des renseignements sur les services actuels - santé - réadaptation

Votre enfant a-t-il déjà eu un suivi dans un des établissements suivants :

- CISSS de la Montérégie-Est/CLSC Longueuil Ouest ou CLSC Simone-Monet-Chartrand  
 CISSS de la Montérégie-Centre/CLSC Samuel-de-Champlain ou CLSC Saint-Hubert  
 CISSS de la Montérégie-Centre/Institut Nazareth et Louis-Braille  
 CISSS de la Montérégie-Ouest/Centre montréalais de réadaptation en déficience physique  
 CISSS de la Montérégie-Ouest/Centre de réadaptation en déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme

Nom de l'intervenant : \_\_\_\_\_ Tél. et poste : \_\_\_\_\_

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

Nom de l'intervenant : \_\_\_\_\_ Tél. et poste : \_\_\_\_\_

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

Précisez les éléments pour lesquels vous acceptez la transmission d'informations (ex: fonctionnement de l'enfant, comportements, plan d'intervention, etc.)

*En considérant ce qui précède, j'autorise le ou les organismes nommés ci-dessus à communiquer les renseignements nécessaires, par écrit ou verbalement, afin de répondre adéquatement aux besoins spécifiques de l'enfant dans le but de favoriser l'intégration de mon enfant au sein d'un camp de jour en 2024. Ce consentement couvre la période débutant à la date de la signature et se terminant le 31 août 2024.*

Signataire : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

### Autorisations à partager des renseignements sur les services actuels - scolaire

Nom de l'intervenant : \_\_\_\_\_ Tél. et poste : \_\_\_\_\_

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

Fonction :  Enseignant  Autres : \_\_\_\_\_

Précisez les éléments pour lesquels vous acceptez la transmission d'informations (ex: fonctionnement de l'enfant, comportements, plan d'intervention, etc.)

*En considérant ce qui précède, j'autorise le ou les organismes nommés ci-dessus à communiquer les renseignements nécessaires, par écrit ou verbalement, afin de répondre adéquatement aux besoins spécifiques de l'enfant dans le but de favoriser l'intégration de mon enfant au sein d'un camp de jour en 2024. Ce consentement couvre la période débutant à la date de la signature et se terminant le 31 août 2024.*

Signataire : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

## PROGRAMME D'ACCOMPAGNEMENT 2024

### Informations supplémentaires

Quelles informations pourraient être pertinentes à connaître sur votre enfant pour faciliter son intégration au camp ?

Indiquer ici ce qui pourrait être pertinent à savoir qui n'a pas été mentionné dans les pages précédentes

Vous pouvez ajouter des spécifications par rapport à ce qui a été mentionné dans les sections précédentes.

### Autorisation

J'autorise le camp de jour  à acheminer aux responsables de la Ville de

nom du camp de jour

Longueuil, la fiche d'inscription de mon enfant ainsi que ce formulaire de renseignements personnels. 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 2024.

Signature :

Date :