

Remplir un (1) formulaire par enfant

RENSEIGNEMENTS – ENFANT

Nom de l'enfant : _____

Adresse : _____

No. Rue

Ville Code postal

Date de naissance : _____

Jour Mois Année

Sexe de l'enfant :

 Masculin Féminin

Âge : _____

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

Désirez-vous que votre enfant intègre un camp de jour régulier :

 oui non - Quel serait votre souhait? Les Bosquets Albert Hudon Les Amis Soleil de Saint-Bruno Autre, précisez : _____**Type d'incapacité**
 Auditive Motrice Trouble de langage et de la parole Visuelle
 Autisme Intellectuelle Trouble envahissant du développement Autres :
 Problème de santé mentale
Communication
 Langage utilisé parlé non verbal
 gestuel un appareil de communication
 (tableau Bliss ou autres)
Compréhension
 Votre enfant se fait comprendre oui non
 Votre enfant comprend oui non
Alimentation

Votre enfant a besoin d'aide pour

Manger oui nonBoire oui nonDiète spéciale oui non

Problèmes rencontrés : _____

Habillage

Votre enfant a besoin d'aide pour s'habiller

 oui non**Déplacements**

Votre enfant se déplace

à l'intérieur seul avec aideà l'extérieur seul avec aideen fauteuil roulant seul avec aide**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 problème respiratoire grave épilepsie problème cardiaque allergie sévère autre(s): _____**Problèmes de comportement**

Votre enfant a des problèmes de comportement

 oui non

Si oui, nature des troubles

 agressivité envers lui-même opposition régulière agressivité envers les autres problème de fugue anxiété autre(s): _____ opposition occasionnelle**Interventions particulières de l'accompagnateur**

Interventions requises par l'accompagnateur

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

AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES AVEC LE BESOIN D'ACCOMPAGNEMENT

RENSEIGNEMENTS – PÈRE, MÈRE OU TUTEUR LÉGAL

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 :

PERSONNES AUTORISÉES À PARTAGER DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

INTERVENANT

NOM

PRÉNOM

No. de téléphone : _____

CLSC (Centre local de services communautaires)

CMR (Centre montérégien de réadaptation)

CRDITED (Centre de réadaptation en déficience intellectuelle)

INLB (Institut Nazareth et Louis-Braille)

Scolaire - Précisez l'école : _____

autre Spécifiez : _____

INTERVENANT

NOM

PRÉNOM

No. de téléphone : _____

CLSC (Centre local de services communautaires)

CMR (Centre montérégien de réadaptation)

CRDITED (Centre de réadaptation en déficience intellectuelle)

INLB (Institut Nazareth et Louis-Braille)

Scolaire - Précisez l'école : _____

autre Spécifiez : _____

INTERVENANT

NOM

PRÉNOM

No. de téléphone : _____

CLSC (Centre local de services communautaires)

CMR (Centre montérégien de réadaptation)

CRDITED (Centre de réadaptation en déficience intellectuelle)

INLB (Institut Nazareth et Louis-Braille)

Scolaire - Précisez l'école : _____

autre Spécifiez : _____

NOM

CLSC (Centre local de services communautaires)

CMR (Centre montérégien de réadaptation)