

Ce formulaire, dûment rempli par le répondant de l'enfant, doit être **retourné au plus tard le 15 mars** au service des loisirs et de la culture de Boischatel, par la poste ou en personne, dans une enveloppe cachetée avec l'indication quant à la nature de l'envoi **CONFIDENTIEL** au 45, rue Bédard, Boischatel (Québec) G0A 1H0 ou par courriel à l'adresse fredericgiguere@boischatel.net.

Réservé à l'administration

Groupe d'âge :

Jumelage (nom) :

1. Identification de l'enfant

Prénom et nom :

Sexe (F/M) :

Date de naissance : / /

2. Identification des parents ou du tuteur

Mère

Prénom et nom :

Adresse :

Téléphone résidence :

Téléphone bureau :

Cellulaire :

Courriel :

Père

Prénom et nom :

Adresse :

Téléphone résidence :

Téléphone bureau :

Cellulaire :

Courriel :

Tuteur légal (s'il y a lieu)

Prénom et nom :

Adresse :

Téléphone résidence :

Téléphone bureau :

Cellulaire :

Courriel :

Autres contacts en cas d'urgence (autres que les parents)

Prénom et nom :

Téléphone :

Lien avec l'enfant :

Prénom et nom :

Téléphone :

Lien avec l'enfant :

3. Les ressources de l'enfant (intervenant, psychologue, éducateur spécialisé, travailleur social, orthophoniste, etc.)

Nom de l'organisme :

Prénom et nom de l'intervenant :

Téléphone bureau :

Cellulaire :

4. Évaluation des mesures à mettre en place afin de faciliter la participation de l'enfant

Précisez la nature des limitations de l'enfant

Intellectuelle : Légère Moyenne Sévère

Précisez :

Autisme et troubles envahissants du développement (TED) : Asperger TED non spécifié Sévère

Précisez :

Motrice

Précisez :

Visuelle

Précisez :

Auditive

Précisez :

Trouble du langage et de la parole : Expression Compréhension Mixte

Précisez :

Trouble déficitaire de l'attention (TDA/TDAH) : Avec hyperactivité Sans hyperactivité

Précisez :

Psychique (santé mentale)

Précisez :

Santé restrictive (ex. : allergies sévères, épilepsie, diabète)

Précisez :

Autre(s)

Précisez :

5. Évaluation de l'attitude et des comportements de l'enfant

Précisez la nature des limitations de l'enfant.

Est-ce qu'il adopte les comportements suivants?

OUI

NON

OCCASIONNELLEMENT

Mord

Crache

Frappe

Bouscule

Crie

Utilise un langage inapproprié

S'oppose aux consignes et aux règles

S'éloigne du groupe (fugue)

Brise le matériel

Intolérance au bruit

Éveil sexuel

Difficulté avec les transitions d'activités

Difficulté à gérer les situations imprévues

Difficulté à déroger de ses routines ou rituels

Inconfort tactile (n'aime pas être touché)

Autre :

De quelle façon l'accompagnateur doit intervenir en présence de l'un de ces comportements ?

Évaluation du degré de supervision lors des situations de vie énoncés, l'enfant a besoin ...	Aide constante	Aide occasionnelle	Supervision verbale	Aucune aide
Autonomie				
Habillement (ex. : se vêtir, attacher ses souliers)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hygiène personnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Précisez :				
<hr/>				
Alimentation (ex. : repas et collation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise de médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gérer ses effets personnels (ex. : boîte à lunch, sac à dos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rester avec le groupe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Éviter les situations dangereuses (Consigne du danger)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Participation aux activités				
Stimulation à la participation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interaction avec les adultes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interaction avec les autres enfants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fonctionnement en groupe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Activité de motricité globale (sports, jeux psychomoteurs, ballon, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baignade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Communication				
Communication avec les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Compréhension des consignes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se faire comprendre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déplacement (Si l'enfant se déplace en fauteuil roulant, passez à la question suivante)				
Marche en terrain accidenté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marche sur de longues distances	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escaliers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autobus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aide à la mobilité	OUI	NON	PRÉCISEZ
---------------------------	------------	------------	-----------------

Utilisation d'un fauteuil roulant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Utilisation d'une marchette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Utilisation d'une canne ou de béquilles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Aide à la communication	OUI	NON	PRÉCISEZ
--------------------------------	------------	------------	-----------------

Utilisation de pictogrammes, tableau, ordinateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Langage des signes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Gestes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

L'enfant a-t-il des peurs ou des phobies?	OUI	NON	PRÉCISEZ
--	------------	------------	-----------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
--------------------------	--------------------------	-------

Existe-t-il une raison qui empêcherait ou limiterait la participation de l'enfant à certaines activités spéciales ou de groupe, comme sortie en autobus, piscine, canot, randonnée en vélo, randonnée pédestre, etc?

Autres renseignements nous permettant de mettre en place des services ou des mesures facilitant une meilleure participation de l'enfant présentant une limitation (ex. : horaire imagé, pauses, carnet de route, récompenses, ciseaux adaptés, etc.).

Quels sont les forces et intérêts de l'enfant?

Votre enfant participe-t-il à d'autres activités de loisir pendant la période de septembre à mai?

OUI

NON

Si oui, précisez :

Si oui, a-t-il les services d'un accompagnateur et autre pour participer à ces activités?

Si oui, indiquez le nom et le numéro de téléphone de cette personne :

Votre enfant s'inscrit-il pour la première fois au camp de jour de Boischatel?

OUI

NON

Si non, votre enfant bénéficiait-il des services d'accompagnement?

Quel était le nom du dernier accompagnateur?

Désirez-vous, si possible, le même accompagnateur :

Signature et autorisation du parent ou tuteur

Je déclare que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont exacts et complets. J'autorise les personnes directement impliquées dans la gestion du service d'accompagnement à contacter les personnes ressources dont les coordonnées sont mentionnées dans ce formulaire, et ce, afin d'obtenir des informations complémentaires. Je m'engage à informer le personnel de tout changement pouvant avoir un impact sur la participation de mon enfant au camp de jour de Boischatel.

Signature

Date

Prénom et nom en lettre moulées

En inscrivant mon nom dans la case signature électronique ci-après, je confirme ma signature.

Signature électronique

Date

Heure

IMPORTANT : N'oubliez pas de remplir l'annexe (page suivante) avant d'envoyer votre formulaire. Seules les demandes dûment complétées seront analysées.

Identification de l'enfant

Veillez remplir ce tableau en indiquant les heures d'arrivée et de départ afin que nous puissions planifier les disponibilités du personnel en fonction des besoins de votre enfant.

Horaire

Camp de jour
9 h à 16 h

Service de garde
AM = 7 h à 9 h
PM = 16 h à 18 h

	Semaine 1	semaine 2	Semaine 3	Semaine 4	Semaine 5	Semaine 6	Semaine 7
CAMP DE JOUR	01-juil	08-juil	15-juil	22-juil	29-juil	05-août	12-août
AM							
PM							
Total d'heures							

	Semaine 1	Semaine 2	Semaine 3	Semaine 4	Semaine 5	Semaine 6	Semaine 7
SERVICE DE GARDE	01-juil	08-juil	15-juil	22-juil	29-juil	05-août	12-août
Lundi	AM	AM	AM	AM	AM	AM	AM
	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM
Mardi	AM	AM	AM	AM	AM	AM	AM
	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM
Mercredi	AM	AM	AM	AM	AM	AM	AM
	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM
Jeudi	AM	AM	AM	AM	AM	AM	AM
	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM
Vendredi	AM	AM	AM	AM	AM	AM	AM
	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM
Total d'heures							

	Jeudi	Vendredi
SERVICE DE GARDE	27-juin	28-juin
	AM	AM
	PM	PM
Total d'heures		

NOTE