



Formulaire demande d'accompagnement

Camp de Jour 2024

Prénom et nom de l'enfant : _____

Adresse : _____

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : _____

Types d'incapacité et niveau de sévérité : <input type="checkbox"/> Léger <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Sévère	Problèmes de comportement
<input type="checkbox"/> Auditive <input type="checkbox"/> Motrice <input type="checkbox"/> Physique <input type="checkbox"/> Visuelle <input type="checkbox"/> Autisme <input type="checkbox"/> Intellectuelle <input type="checkbox"/> Trouble de langage et de la parole <input type="checkbox"/> Déficit d'attention ou hyperactivité <input type="checkbox"/> Trouble envahissant du développement <input type="checkbox"/> Problème de santé mentale <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :	<input type="checkbox"/> Inconscience du danger <input type="checkbox"/> Hyperactivité <input type="checkbox"/> Agressivité envers lui-même <input type="checkbox"/> Agressivité envers les autres <input type="checkbox"/> Opposition occasionnelle <input type="checkbox"/> Opposition régulière <input type="checkbox"/> Impulsivité <input type="checkbox"/> Problème de fugue <input type="checkbox"/> Imiter les comportements inadéquats des autres enfants <input type="checkbox"/> Anxiété <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :
Personnalité de l'enfant	Hypersensibilité
<input type="checkbox"/> Sociable <input type="checkbox"/> Agité <input type="checkbox"/> Timide <input type="checkbox"/> Calme <input type="checkbox"/> S'intègre dans un groupe facilement <input type="checkbox"/> S'intègre dans un groupe difficilement <input type="checkbox"/> Interagit avec autrui facilement <input type="checkbox"/> Interagit avec autrui difficilement	<input type="checkbox"/> Auditive <input type="checkbox"/> Tactile <input type="checkbox"/> Visuelle <input type="checkbox"/> Aux foules <input type="checkbox"/> Autres (préciser) :
Problèmes de santé particuliers	Communication
<input type="checkbox"/> Incontinence <input type="checkbox"/> Épilepsie <input type="checkbox"/> Problème cardiaque <input type="checkbox"/> Problème respiratoire <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Allergie sévère (préciser) : <input type="checkbox"/> Autres (préciser) :	<input type="checkbox"/> Francophone <input type="checkbox"/> Anglophone <input type="checkbox"/> Verbale <input type="checkbox"/> Non Verbale <input type="checkbox"/> Gestuelle <input type="checkbox"/> Tableau <input type="checkbox"/> Autres (préciser) :
Alimentation	Soins personnels
Votre enfant a besoin d'aide pour : <input type="checkbox"/> Manger <input type="checkbox"/> Boire <input type="checkbox"/> Diète spéciale (préciser) : <input type="checkbox"/> Aucune aide requise	Votre enfant a besoin d'aide pour : <input type="checkbox"/> Ses soins personnels <input type="checkbox"/> Aller à la toilette <input type="checkbox"/> Pour s'habiller <input type="checkbox"/> Nécessite équipement <input type="checkbox"/> Nécessite assistance complète <input type="checkbox"/> Aucune aide requise
Compréhension	Déplacements
Votre enfant se fait comprendre <input type="checkbox"/> Facilement <input type="checkbox"/> Difficilement Votre enfant comprend les consignes <input type="checkbox"/> Facilement <input type="checkbox"/> Difficilement	Votre enfant a besoin d'aide pour : <input type="checkbox"/> Se déplacer à l'intérieur <input type="checkbox"/> Se déplacer à l'extérieur <input type="checkbox"/> Monter et descendre un escalier <input type="checkbox"/> Se déplacer en fauteuil roulant <input type="checkbox"/> Se déplacer avec marchette <input type="checkbox"/> Ne s'applique pas <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :



Formulaire demande d'accompagnement

Camp de Jour 2024

ANTÉCÉDENTS D'INTÉGRATION

Votre enfant a déjà vécu les expériences de camp suivantes :

- CPE ou garderie Classe scolaire spécialisée Accompagnement en classe ordinaire
- Camp de jour Activité parascolaire Service de garde
- Autres (préciser) : _____

AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES AVEC LES BESOINS PARTICULIERS :

SIGNATURE

J'autorise les représentants de la Municipalité de Saint-Clet à communiquer les renseignements nécessaires dans le but de favoriser l'intégration de mon enfant au sein du camp de jour 2024.

Ce consentement couvre la période qui débute à la date de la signature et qui se termine le 16 août 2024.

La Municipalité de Saint-Clet se réserve le droit de refuser une inscription au camp de jour en raison d'un manque de ressources d'accompagnateurs de camp de jour.

Signature du parent

Date (JJ/MM/AAAA)

Nom en lettres moulées

Numéro de téléphone

SECTION À COMPLÉTER PAR L'INTERVENANT

Ratio recommandé	Outils recommandés pour faciliter l'intégration
<input type="checkbox"/> 1/1 <input type="checkbox"/> 1/2 <input type="checkbox"/> 1/3 <input type="checkbox"/> 1/4 <input type="checkbox"/> 1/5 <input type="checkbox"/> Autre ratio : _____	<input type="checkbox"/> Indicateur de temps (ex. horloge) <input type="checkbox"/> Horaire personnalisé <input type="checkbox"/> Tableau de récompenses <input type="checkbox"/> Pictogrammes : _____ <input type="checkbox"/> Autres : _____
Participation recommandée	Nombre de semaines recommandé
<input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Temps partiel	

Nom de l'intervenant

Numéro de téléphone

Signature de l'intervenant

Organisme