Otterburn PARK

PROGRAMME D'ACCOMPAGNEMENT — **ANNEXE 2**

ÉTÉ 2026 **FORMULAIRE DE RENSEIGNEMENTS**

RENSEIGNEMENTS – ENFANT

Nom de l'enfant : _____

Adresse : _____
No Rue

_____
Ville Code postal

Date de naissance : _____ /_____ /_____
Jour Mois Année

Sexe de l'enfant :

☐ Masculin ☐ Féminin

☐ Non binaire

Age : _____

Parents ou tuteur

☐ **Mère** ☐ **Père** ☐ **Tuteur légal**

Nom et prénom : _____

Téléphone : _____

Téléphone : _____

Courriel : _____

☐ **Mère** ☐ **Père** ☐ **Tuteur légal**

Nom et prénom : _____

Téléphone : _____

Téléphone : _____

Courriel : _____

Intérêt

Intérêt de l'enfant à participer aux activités du camp? ☐ Aucun ☐ Peu ☐ Moyen ☐ Beaucoup

Expérience antérieure

Votre enfant a-t-il déjà vécu des expériences de camp? ☐ Non ☐ Camp de jour ☐ Camp de vacances

Nom de l'établissement : _____

Dernière année de fréquentation : _____

Histoire

Votre enfant a-t-il vécu un changement ou des difficultés particulières dans la dernière année?

_____

_____

NATURE DES BESOINS

Votre enfant connaît-il des enjeux de santé qui pourraient demander une intervention particulière de l'animateur?

☐ **Oui** ☐ **Non**

☐ Diabète ☐ Difficulté respiratoire ☐ Épilepsie ☐ Allergie

☐ Mal des transports ☐ Migraines ☐ Saignements de nez fréquents ☐ Difficulté cardiaque

☐ Autre(s) : _____

Actions requises : _____

Soins personnels

Votre enfant a besoin d'aide pour :

☐ Hygiène personnelle

☐ Aller au toilette

☐ Changer une culotte protectrice

☐ Autres : _____

Précisez : _____

_____

Médication

Prise de médicament durant la période de camp?

☐ Oui ☐ Non

Votre enfant prend-il son médicament sans aide?

☐ Oui ☐ Non

Nom du médicament : _____

_____

Motif : _____

☐ J'autorise la communication avec les services infirmiers

Remplir un (1) formulaire par enfant — (CECI N'EST PAS UNE INSCRIPTION)

Otterburn PARK

Communication

Langage utilisé : ☐ Parole ☐ Non verbal ☐ Gestuel ☐ Appareil de communication

Difficultés auditives? ☐ Oui ☐ Non

Difficultés visuelles? ☐ Oui ☐ Non

Votre enfant est-il en mesure de formuler des demandes d'aide? ☐ Oui ☐ Non

Votre enfant a-t-il besoin de soutien pour entrer en relation? ☐ Oui ☐ Non

Activités préférées et intérêts de votre jeune : _____

Outils utilisés pour favoriser la communication (ex : horaire visuel): _____

Précisez : _____

_____

Alimentation

Votre enfant a besoin d'aide pour :

Manger : ☐ Oui ☐ Non

Boire : ☐ Oui ☐ Non

Gavage : ☐ Oui ☐ Non

Diète spéciale : ☐ Oui ☐ Non

Précisez : _____

_____

Habillage

Votre enfant a besoin d'aide pour :

☐ Oui ☐ Non

Précisez : _____

Mobilité

Capacité de déplacement

À l'intérieur : ☐ Seul ☐ Avec aide

À l'extérieur : ☐ Seul ☐ Avec aide

Faire les transferts : ☐ Seul ☐ Avec aide

En fauteuil roulant : ☐ n/a ☐ Seul ☐ Avec aide

Autres aides techniques : _____

_____

_____

Interventions particulières

Interventions requises de l'accompagnateur :

☐ Rappel des consignes ☐ Stimulation

☐ Aide à l'orientation ☐ Aide aux transitions

☐ Aide pour réguler les émotions

☐ Assistance pour aller chercher matériel/nourriture

Autres/précisez : _____

_____

_____

Comportement

Votre enfant a-t-il des particularités de comportement? ☐ **Oui** ☐ **Non**

☐ Opposition occasionnelle ☐ Opposition régulière ☐ Tics (moteurs, verbaux) et stéréotypie

☐ Gestes destructeurs envers les objets ou les personnes ☐ Comportement sexualisé

☐ Inconscience du danger ☐ Impulsivité

☐ Autres : _____

Besoin sensoriel

☐ **Oui** ☐ **Non**

Votre enfant est hyper/hyposensible : ☐ Aux sons ☐ Au goût ☐ À l'odorat ☐ Au toucher ☐ À la luminosité

Expliquez : _____

Astuces utilisées avec succès :

☐ Aménagement d'un coin calme ☐ Outils sensoriels (tangle, balle antistress, etc.)

☐ Casque antibruit (coquilles) ☐ Période de repos/pause sensorielle

☐ Autres / précisez : _____

Remplir un (1) formulaire par enfant — (CECI N'EST PAS UNE INSCRIPTION)

Informations complémentaires

Décrivez les stratégies gagnantes avec votre enfant :

Informations particulières à nous transmettre pour favoriser l'intégration de votre enfant (trucs, conseils, astuces, etc.).

Ex : Je donne à mon enfant un gros coussin qu'il peut serrer contre lui pour s'apaiser lorsqu'il vit beaucoup d'émotions.

_____

_____

_____

_____

Autres informations pertinentes avec le besoin d'accompagnement :

_____

_____

_____

_____

SERVICES ACTUELS

☐ **CISSS DE LA MONTÉRÉGIE-EST** / CLSC des Patriotes
(Volet psychosocial : travailleur social, psychoéducateur, éducateur)

Nom du professionnel et fonction : _____

Coordonnées : _____

☐ **CISSS DE LA MONTÉRÉGIE-OUEST**

☐ Programme 0-6 ans DI-TSA-DP ☐ Programme DI 7 ans et +

☐ Programme TSA 7 ans et + ☐ Programme déficiences langagières et motrices

Nom du professionnel et fonction : _____

Coordonnées : _____

☐ **CISSS DE LA MONTÉRÉGIE-CENTRE** / Installation Institut Nazareth et Louis-Braille

Nom du professionnel et fonction : _____

Coordonnées : _____

☐ **CENTRE DE SERVICE SCOLAIRE DES PATRIOTES**

Nom de l'établissement : _____

Nom du professionnel et fonction : _____

Coordonnées : _____

☐ **CENTRE DE SERVICE SCOLAIRE RIVERSIDE**

Nom de l'établissement : _____

Nom du professionnel et fonction : _____

Coordonnées : _____

☐ **AUTRES**

Nom de l'établissement : _____

Nom du professionnel et fonction : _____

Coordonnées : _____

Ce document permettra aux responsables du camp de jour d'avoir un portrait des besoins de votre enfant.

Merci pour votre participation, nous vous souhaitons un bel été 2026.



Remplir un (1) formulaire par enfant — (CECI N'EST PAS UNE INSCRIPTION)

Otterburn PARK

PROGRAMME D'ACCOMPAGNEMENT

AUTORISATION À COMMUNIQUER ET ÉCHANGER DES RENSEIGNEMENTS

Je soussigné-e, _____

Nom et adresse

En ma qualité de _____

Personne autorisée

Pour l'enfant _____

Nom complet de l'enfant

Autorise _____

Nom de la personne responsable et ville

☐ À obtenir de / ☐ À transmettre à

_____ _____

Nom personne Établissement

_____

Coordonnées

☐ À obtenir de / ☐ À transmettre à

_____ _____

Nom personne Établissement

_____

Coordonnées

☐ À obtenir de / ☐ À transmettre à

_____ _____

Nom personne *Établissement*

_____

Coordonnées

Les renseignements suivants : _____

_____

_____

Dans le cadre de : _____

_____

L'autorisation de ce document est valable de la date de signature jusqu'au 30 septembre 2026.

_____ _____

Signature personne autorisée Date

_____ _____

Témoin à la signature Date

Par cette autorisation, les principaux responsables de votre enfant pourront communiquer avec les personnes-ressources impliquées auprès de lui. Un partage d'information a pour but de connaitre et de répondre aux besoins spécifiques de votre enfant en gardant en tête l'inclusion de celui-ci.

Remplir un (1) formulaire par enfant — (CECI N'EST PAS UNE INSCRIPTION)