



Inscription & Fiche Santé

Saint-Gabriel-de-Rimouski

Camp de jour

Camp de jour seulement(incluant chandail): 185 \$ **Service de garde** (+250\$/7sem): **Oui** **Non**
Grandeur chandail:

1. Renseignements généraux de l'enfant

Nom de l'enfant :			Prénom de l'enfant :		
Date de naissance :	Age :	Sexe :	Téléphone :		
mois	jour	année			
Adresse :			Code postal :		
Nunéros d'assurance maladie:	Nom du médecin:	Date d'expiration :			
		mois	jour	année	

2. Répondant(s) de l'enfant

Prénom et nom du parent :	Prénom et nom du parent :
Téléphone :	Téléphone :
Cellulaire et autre :	Cellulaire et autre :
Courriel:	Courriel:

3. En cas d'urgence

Personne à joindre en cas d'urgence :	Père et mère	Père	Mère	Tuteur
Prénom et nom du parent :	Prénom et nom du parent :			
Lien avec l'enfant :	Lien avec l'enfant :			
Téléphone :	Téléphone :			
Cellulaire et autre :	Cellulaire et autre :			

4. Antécédents médicaux

Votre enfant a-t-il déjà subi une intervention chirurgicale ? Oui Non

si oui expliquer :

Est-ce que votre enfant a un diagnostic qui a été posé par un professionnel de la santé ? Oui Non

Trouble du langage	Tendance à la fugue	Trouble envahissant du développement
TDA/He	Trouble d'opposition	Difficulté avec l'autorité (crise, colérique, etc...)
Autisme	Impulsivité	Agressivité envers les autres

Allergies précisez :

Autres précisez :

Avez-vous des recommandations spéciales ? :

5. Considération spéciales

L'enfant a-t-il des contraintes avec les stimuli extérieurs (bruit, foule, etc...) Oui Non

Est-ce que l'encadrant doit porter attention à ces caractéristiques

Gestion de l'horaire	Oui	Non
Assistance pour aller chercher nourriture	Oui	Non
Diminution de l'anxiété	Oui	Non
L'enfant a-t-il une diète alimentaire spéciale	Oui	Non

6. Participation aux activités

Est-ce que votre enfant s'intègre facilement dans un groupe? Oui Non

Comment décrivez-vous la participation de votre enfant

Il participe généralement bien	Il participe mais requiert parfois un certain soutien
Il a tendance à participer minimalement	Il refuse la participation

Est-ce que votre enfant participe aux activités aquatiques ?

Il sait nager	Il ne sait pas nager, et a besoin de flotteurs
---------------	--

Est-ce que votre enfant participe aux activités extérieures du camp de jour?

Il participe à aucune sortie	Il participe à la majorité des sorties
Il participe à toutes les sorties	

7. Suivi professionnel de la santé

Afin de créer un encadrement adapté aux besoins de l'enfant, a-t-il ou a-t-elle reçu, au cours des 12 derniers mois, un service ou fait l'objet d'un suivi de la part d'un professionnel de la santé à l'école ou du CLSC ?

Oui Non

Si oui, précisez le suivi et le nom du professionnel concerné.

	Nom du professionnel	Numéro de téléphone
Suivi psychosociale		
Suivi psychologique		
Suivi médical		
Autre suivi		

J'autorise ce (ces) dernier(s) à communiquer les renseignements désirés à la direction du camp de jour (ou toute personne désignée par celle-ci)

8. Suivi pédagogique

Est-ce que votre enfant reçoit de l'accompagnement à l'école? Oui Non

Si oui, décrivez l'accompagnement qu'il reçoit :

Classe régulière	Classe régulière avec éducateur	Classe adaptée
------------------	---------------------------------	----------------

9. Médicaments

Votre enfant prend-il des médicaments? Oui Non

Si oui, noms des médicaments et posologie :

Les prend-il lui-même? Oui Non

Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (EPIPEN, ANA-KIT) en raison de ses allergies?

Oui Non

Veillez prendre note que toutes les informations concernant l'état de santé de votre enfant demeureront confidentielles. Elles seront transmises uniquement à son moniteur et à son responsable afin de permettre un meilleur encadrement ainsi qu'une intervention plus efficace en cas d'urgence.

À Signer si votre enfant doit prendre des médicaments au Camp de jour

Par la présente, j'autorise les personnes désignées par le camp de jour de la municipalité de Saint-Gabriel-de-Rimouski à administrer les médicaments suivants à mon enfant.

Signature du parent:

À Signer si votre enfant a une dose d'adrénaline

Par la présente, j'autorise les personnes désignées par le camp de jour de la municipalité de Saint-Gabriel-de-Rimouski à administrer en cas d'urgence, la dose d'adrénaline suivante à mon enfant.

Signature du parent:

Autorisation des parents

Étant donné que le Camp de jour de la municipalité de Saint-Gabriel-de-Rimouski prendra des photos au cours des activités de mon enfant durant l'été, je l'autorise à se servir de ce matériel en tout ou en partie à des fins promotionnelles. Tout le matériel utilisé demeurera la propriété du Camp de jour de la municipalité de Saint-Gabriel-de-Rimouski.

Si des modifications concernant l'état de santé de mon enfant surviennent avant le début ou pendant la période de camp de jour, je m'engage à transmettre cette information à la direction du camp de jour, qui fera le suivi approprié avec le moniteur de mon enfant.

En signant la présente, j'autorise le Camp de jour de la municipalité de Saint-Gabriel-de-Rimouski à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Si la direction du Camp de jour de la municipalité de Saint-Gabriel-de-Rimouski le juge nécessaire, je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire.

Je m'engage à collaborer avec la direction du Camp de jour ou la municipalité de Saint-Gabriel-de-Rimouski et à venir la rencontrer si le comportement de mon enfant nuit au bon déroulement des activités.

Nom et prénom du parent ou du tuteur :

Signature du parent ou du tuteur :

Date :

mois

jour

année

Profil du jeune – Annexe

Notre équipe du camp de jour souhaite évaluer les mesures à mettre en place pour favoriser la participation de tous les enfants. Les informations au sujet de votre enfant sont confidentielles et nous permettront de lui faire vivre une expérience de camp réussie.

Veillez lire attentivement les situations ci-dessous et cochez celles qui s'appliquent à votre enfant :

AUTONOMIE

Mon enfant a besoin d'assistance pour :

- aller à la toilette.
- mettre de la crème solaire.
- changer de vêtements (exemple pour aller à la piscine).
- boire ou manger.
- faire ses déplacements.

COMMUNICATION

- Mon enfant a de la difficulté à exprimer ses besoins, ce qui nuit à ses activités de loisirs.
- Mon enfant comprend difficilement les consignes.

ACCOMPAGNEMENT

- Durant l'année scolaire, mon enfant est accompagné par un intervenant.

Durant le camp de jour, mon enfant aurait besoin d'un accompagnateur :

- En tout temps Souvent À l'occasion

COMPORTEMENTS

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Agressivité envers lui-même | <input type="checkbox"/> Manie ou habitudes particulières (rigidités) |
| <input type="checkbox"/> Agressivité envers les autres | <input type="checkbox"/> Phobies |
| <input type="checkbox"/> Anxiété | <input type="checkbox"/> Adaptation aux changements |
| <input type="checkbox"/> Automutilation | <input type="checkbox"/> Opposition à l'autorité |
| <input type="checkbox"/> Situation de désorganisation (crise) | <input type="checkbox"/> Relations sociales difficiles ou maladroites |
| <input type="checkbox"/> Conscience du danger | <input type="checkbox"/> Participation difficile aux activités |
| <input type="checkbox"/> Fugues | <input type="checkbox"/> Isolement |
| | <input type="checkbox"/> Sexualité |

Traits de personnalité de votre enfant (plusieurs réponses possibles) :

- Réserve Sociable Actif Calme Autre : _____

- Mon enfant a besoin de soutien dans les transitions d'activités.

- Mon enfant a besoin de moments de calme.

- Mon enfant a des comportements particuliers (agressivité, opposition occasionnelle, anxiété, etc.).

Précisez : _____

Quels sont les centres d'intérêts, passe-temps et loisirs de votre enfant?			
Quels sont les meilleurs moyens de l'encourager et le motiver?			
Comment votre enfant réagit-il avec :			
Les autres enfants :			
Les détenteurs d'autorité (parents, professeurs) :			
Les nouvelles personnes :			
Les nouvelles expériences :			
Votre enfant a-t-il reçu un diagnostic? (trouble de comportement, TDA/H, anxiété, trouble du spectre de l'autisme, déficience motrice, intellectuelle, visuelle, etc.) Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
Si oui, le(s)quel(s)?			
Autres informations à propos de votre enfant dont vous aimeriez nous faire part? (Exemple : démarche de diagnostic en cours, besoins particuliers, changements importants récents dans la vie de famille, préoccupations particulières, etc.)			
Aux fins d'évaluation des besoins de mon enfant, j'autorise le gestionnaire du camp à contacter les intervenants suivants :			
Organisme (CISSS, école, etc.)	Nom de l'intervenant	Fonction (travailleur social, etc.)	Coordonnées

Autorisation et consentement du parent

Je déclare que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont exacts et complets. Dans le cas contraire, le gestionnaire du camp se réserve le droit de réévaluer la demande.

J'autorise les personnes directement impliquées à la gestion du camp de jour à contacter les personnes-ressources dont les coordonnées sont mentionnées dans ce formulaire, et ce, afin d'obtenir des renseignements complémentaires.

Je m'engage à informer l'équipe du camp de jour de tout changement pouvant avoir un impact sur la participation et l'autonomie de mon enfant au camp de jour.

Je m'engage à collaborer avec l'équipe du camp de jour dès que celle-ci en fait la demande.

Nom et prénom du parent/tuteur : _____

Date : _____

Signature du parent/tuteur : _____