

FICHE D'INSCRIPTION



CAMP DE JOUR 2026

IDENTIFICATION DE L'ENFANT

Nom et prénom :

.....

Date de naissance :

.....

Adresse :

.....

Numéro d'assurance maladie :

.....

Téléphone et mail :

.....

RÉPONDANT 1 POUR L'ENFANT

Nom et prénom du parent/tuteur 1 :

.....

Téléphone :

.....

Lien avec l'enfant :

.....

L'enfant habite avec :

.....

RÉPONDANT 2 POUR L'ENFANT

Nom et prénom du parent/tuteur 2 :

.....

Téléphone :

.....

Lien avec l'enfant :

.....

L'enfant habite avec :

.....

HISTORIQUE D'ACCOMPAGNEMENT

Votre enfant a-t-il fréquenté un camp de jour l'été passé? Si oui, lequel?

.....

Bénéficiait-il d'un accompagnement? Si oui, selon quel ratio?

.....

RESSOURCES DE L'ENFANT

Nom du professionnel 1 :

.....

Titre :

.....

Téléphone :

.....

Nom du professionnel 2 :

.....

Titre :

.....

Téléphone :

.....

Autorisation de communiquer avec les personnes ressources

Nom du tuteur en lettres moulées :

.....

Nom du tuteur en lettres moulées :

.....

Date :

.....

ACCOMPAGNEMENT

Votre enfant a-t-il besoin d'un accompagnement?

.....

Est-ce que l'enfant a un accompagnateur durant l'année? ex: pendant les sorties scolaires

.....

Au meilleur de votre connaissance, quel est le ratio d'encadrement qui lui convient?

.....

BESOINS PARTICULIERS

Cochez ce qui est applicable :

Besoin au niveau de la communication

Langage utilisé/moyen de communication :
.....

Besoin au niveau de la compréhension

Moyen de compréhension :
.....

Besoin au niveau de l'alimentation

Besoin d'aide au niveau de :
.....

Besoin au niveau des déplacements

Besoin d'aide au niveau de :
.....

Besoin au niveau des soins personnels

Besoin de soutien au niveau de :
.....

ALLERGIES, INTOLÉRANCES ET RESTRICTIONS ALIMENTAIRES

Allergies et/ou intolérances

.....

Si oui, précisez :

.....

Signes ou symptômes à surveiller :

.....

Précisez la sévérité :

.....

Auto-injecteur d'Épinéphrine :

.....

Personnes autorisées à l'administrer: ex: enfant lui-même, adulte responsable.

.....

Restrictions alimentaires :

.....

Possibilité de réaction avec l'allergène volatile? ex: dans un local fermé

.....

MÉDICATION

Votre enfant doit-il prendre des médicaments au camp :

.....

Nom du médicament :

.....

Prescrit pour :

.....

Posologie :

.....

Effets secondaires et/ou contre-indications :

.....

Personne autorisée à administrer le médicament :

.....

SITUATION DE SANTÉ

Cochez ce qui est applicable:

Situation de santé	Précisions, actions à prendre, etc.
<input type="checkbox"/> Asthme	
<input type="checkbox"/> Constipation	
<input type="checkbox"/> Diarrhée	
<input type="checkbox"/> Eczéma	
<input type="checkbox"/> Insomnie	
<input type="checkbox"/> Mal des transports	
<input type="checkbox"/> Maux de têtes/migraines fréquents	
<input type="checkbox"/> Nausées fréquentes/Vomissements	
<input type="checkbox"/> Otites fréquentes	
<input type="checkbox"/> Problèmes cardiaques	
<input type="checkbox"/> Problèmes cutanés	
<input type="checkbox"/> Saignements de nez	
<input type="checkbox"/> Sinusites	
A-t-il déjà eu les maladies suivantes?	A-t-il déjà subi une intervention chirurgicale ou vécu une maladie grave?
<input type="checkbox"/> Varicelle	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Oreillons	Date : _____ Raison : _____
<input type="checkbox"/> Scarlatine	Résultats : _____
<input type="checkbox"/> Rougeole	A-t-il déjà eu des blessures graves? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Autres (préciser) :	Maladies chroniques ou récurrentes? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Vaccins à jour? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Date du dernier vaccin DCT (Tétanos) : ____/____/____
Vue : <input type="checkbox"/> Excellente <input type="checkbox"/> Suffisante <input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Lunettes/verres de contact <input type="checkbox"/> Cécité <input type="checkbox"/> Guide-accompagnateur <input type="checkbox"/> Canne blanche	Audition : <input type="checkbox"/> Excellente <input type="checkbox"/> Suffisante <input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Appareils auditifs (deux oreilles) <input type="checkbox"/> Oreille droite uniquement <input type="checkbox"/> Oreille gauche uniquement

COMPORTEMENTS ET INTÉRÊTS

Doit-on porter attention à certains comportements? Cochez ceux qui sont applicables :

Comportement	Dans quels contextes ces comportements ont-ils tendance à surgir?	De quelle façon suggérez-vous d'intervenir? (Ignorer, rediriger, etc.)
<input type="checkbox"/> Mord		
<input type="checkbox"/> Crie		
<input type="checkbox"/> Frappe		
<input type="checkbox"/> Intolérance au bruit		
<input type="checkbox"/> Agressivité envers lui-même		
<input type="checkbox"/> Agressivité envers les autres		
<input type="checkbox"/> Anxiété		
<input type="checkbox"/> Automutilation		
<input type="checkbox"/> Fugues		
<input type="checkbox"/> Habitudes ou des manies particulières (Acceptées ou non)		
<input type="checkbox"/> Autres (précisez)		

COMPORTEMENTS ET INTÉRÊTS

Doit-on porter attention à certains comportements? Cochez ceux qui sont applicables:

A-t-il tendance à faire des crises? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Si oui, quels sont les signes précurseurs (agitation, isolement, etc.)?	Quelles sont les interventions efficaces à utiliser durant ces crises?
A-t-il des phobies et/ou peurs? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Si oui lesquelles et comment intervenir à ce sujet? (Ex : animaux, eau, vertige, etc.)	
A-t-il de la difficulté à exprimer ses sentiments à demander de l'aide ou à amorcer une conversation? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	S'adapte-t-il facilement à de nouvelles personnes, activités, expériences? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Quels sont ses centres d'intérêts, passe-temps et loisirs?		
Quels sont les meilleurs moyens de l'encourager/le motiver?		
Relation avec les autres - Comment interagit-il avec :		
Ses pairs		
Les détenteurs d'autorité		
Les nouvelles personnes		

Autres informations à propos de votre enfant dont vous aimeriez nous faire part :

.....
.....

Autres renseignements nous permettant de mettre en place des services ou des mesures facilitant une meilleure participation de l'enfant :

.....
.....
.....

CAPACITÉ AQUATIQUES

Autonomie dans l'eau :

.....

Ne sait pas nager :

.....

Besoin d'un accompagnateur dans l'eau :

.....

Doit porter des bouchons :

.....

A-t-il suivi un cours de natation :

.....

Si oui, quel est le dernier niveau de natation complété :

.....

*Si l'enfant est épileptique, discutez avec le camp du port de la veste de sauvetage ou de flottaison

DEGRÉ D'AUTONOMIE		Aide constante	Aide occasionnelle	Supervision verbale	Autonome
Communication	Communication avec les autres				
	Compréhension des consignes				
	Se faire comprendre				
	Aides à la communication utilisés : <input type="checkbox"/> Pictogrammes <input type="checkbox"/> Tableau <input type="checkbox"/> Ordinateur <input type="checkbox"/> Langue des signes du Québec (LSQ) <input type="checkbox"/> Gestes <input type="checkbox"/> Mains animées				
Participation aux activités	Stimulation à la participation				
	Interaction avec les adultes				
	Interaction avec les autres enfants				
	Fonctionnement en groupe				
	Activités de motricité fine (bricolage, manipulations, insertions, etc.)				
	Activités de motricité globale (sports, jeux psychomoteurs, ballon, etc.)				
Vie quotidienne	Habillage (ex. : se vêtir, attacher ses souliers)				
	Hygiène personnelle				
	Précisez (cathéter, couches, etc.):				
	Alimentation				
	Gérer ses effets personnels (ex. : boîte à lunch, sac à dos, etc.)				
	Rester avec le groupe				
Déplacements	Éviter les situations dangereuses (conscience du danger)				
	Courts déplacements au camp (précisez le niveau d'autonomie)				
	<input type="checkbox"/> Fauteuil manuel				
	<input type="checkbox"/> Fauteuil motorisé				
	<input type="checkbox"/> Poussette adaptée				
	<input type="checkbox"/> Canne(s)/béquilles				
	<input type="checkbox"/> Déambulateur				
	<input type="checkbox"/> Autonome (marche)				
En sortie/longues distances? <input type="checkbox"/> identique <input type="checkbox"/> différent (précisez) :					