

PROGRAMME D'INTÉGRATION

Dépôt de la demande et de la fiche santé

*** Remplir une demande par enfant*

CAMP DE JOUR - ÉTÉ 2023

**** DOCUMENT OBLIGATOIRE ****

- ☐ Programme d'intégration - Dépôt de la demande et fiche santé dûment complété
- ☐ Copie du diagnostic médical de votre enfant (version la plus récente)
 - ou- ☐ Dernière copie du diagnostic de votre enfant remise l'an dernier au Service des loisirs
- ☐ Une lettre de recommandation de la direction de l'école indiquant les besoins d'accompagnement pour l'enfant

Acheminer TOUS les documents

Par courriel : campdejour@ville.lavaltrie.qc.ca

En personne : Hôtel de ville durant les heures d'ouverture ou dans la chute à courrier : 1370, rue Notre-Dame, Lavaltrie (Québec) J5T 1M5

**DATE MAXIMALE POUR REMETTRE TOUS LES DOCUMENTS
AVANT 27 AVRIL 2023**

FICHE SANTÉ ET ÉVALUATION DES BESOINS

Mon enfant est inscrit au camp de jour de la Municipalité de Lavaltrie.

Ces informations demeureront **confidentielles** et nous permettront de faire vivre à votre enfant une expérience de camp réussie!

Complétez les sections qui sont applicables à votre enfant

1. IDENTIFICATION DE L'ENFANT

Prénom :	
Nom de famille :	
Date de naissance :	
Sexe :	☐ Féminin ☐ Masculin ☐ Non binaire
Numéro assurance maladie :	

2. RÉPONDANTS POUR L'ENFANT

1 ^{er} parent / tuteur à rejoindre en cas d'urgence		2 ^e parent / tuteur à rejoindre en cas d'urgence	
Nom :		Nom :	
Téléphone	Rés. :	Téléphone	Rés. :
	Bur. :		Bur. :
	Cell. :		Cell. :

Deux autres personnes à joindre en cas d'URGENCE :	
Prénom et nom :	Prénom et nom :
Lien avec l'enfant :	Lien avec l'enfant :
Téléphone (Rés.) :	Téléphone (Rés.) :
Téléphone (autre) :	Téléphone (autre) :

3. AUTORISATION DES PARENTS / TUTEURS

Veuillez apposer vos initiales dans la case après chaque affirmation

Je déclare que les renseignements fournis dans ce présent formulaire sont exacts et complets. <u>Dans le cas contraire, la Municipalité de Lavaltrie se réserve le droit de considérer la demande non admissible.</u>	
Si des modifications concernant l'état de santé de mon enfant survenaient avant le début ou pendant la période du camp de jour, je m'engage à transmettre cette information à la direction du camp de jour, qui fera le suivi approprié avec l'animateur de mon enfant.	
En signant la présente, j'autorise les personnes désignées par le camp de jour de la Municipalité de Lavaltrie à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Si la direction du camp de jour le juge nécessaire, je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire.	
J'autorise les personnes directement impliquées dans la gestion du camp à échanger les informations entre elles et 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 respecter la décision de la Municipalité de Lavaltrie	
Je m'engage à collaborer avec la direction du Camp de jour de la ville de Lavaltrie et à venir la rencontrer si le comportement de mon enfant nuit au bon déroulement des activités.	

Autorisation de communiquer des renseignements	Par la présente, j'autorise les responsables du Camp de jour à entrer en contact avec mon (mes) intervenant(e)s du CLSC ou des services de réadaptation du Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière (CISSSLan) pour les questions entourant la participation de mon enfant au camp de jour. ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne s'applique pas Nom(s) des intervenant(e)s : _____ _____
	Par la présente, j'autorise les responsables du Camp de jour à entrer en contact avec le personnel de l'école (enseignant ou services complémentaires) pour les questions entourant la participation de mon enfant au camp de jour. École : _____ Noms des personnes à contacter : _____

Nom du parent ou tuteur (lettres moulées)

Signature du parent ou tuteur

Date de la signature _____

Veuillez prendre note que toutes les informations concernant l'état de santé de votre enfant demeureront confidentielles. Elles seront transmises uniquement à la direction et à son animateur ou à toutes autres personnes impliquées (intervenants ou partenaires autorisés) afin de permettre un meilleur encadrement ainsi qu'une intervention plus efficace en cas d'urgence.

Initiales du parent confirmant la lecture :

4. DIAGNOSTIC ET BESOINS PARTICULIERS

Cochez ce qui est applicable :

☐ Déficience intellectuelle	☐ Légère ☐ Moyenne ☐ Sévère Précisez :
☐ Trouble du spectre de l'autisme (TSA)	Précisez si anciennement, Asperger, TED-NS, ou autre :
☐ Déficience motrice	Précisez :
☐ Déficience visuelle	Précisez :
☐ Déficience auditive	Précisez :
☐ Trouble langage-parole	☐ Expression ☐ Compréhension ☐ Mixte Précisez :
☐ Trouble déficitaire de l'attention (TDA/TDAH)	☐ Avec hyperactivité ☐ Sans hyperactivité Précisez :
☐ Santé mentale	☐ Anxiété ☐ Trouble de l'attachement ☐ TOC ☐ Dépression Autres, précisez :
☐ Trouble du comportement	☐ Opposition ☐ Agressivité ☐ Passivité Autres, précisez :
☐ Diabète	Précisez :
☐ Épilepsie	Précisez :
☐ Autre(s) (Trisomie 21, etc.)	Précisez :

5. ACCOMPAGNEMENT

Selon vous, est-il possible de jumeler votre enfant avec un autre jeune ? Oui ☐ Non ☐	
** Le camp de jour de Lavaltrie se réserve le droit de juger du jumelage lors de la demande d'accompagnement	
Au meilleur de votre connaissance, quel est le ratio d'encadrement qui lui convient ?	
☐ 1 pour 1 : l'enfant ne peut pas être jumelé avec un autre enfant. Ses besoins nécessitent que l'accompagnateur soit en soutien constant. ☐ 1 pour 2 : L'enfant peut être jumelé avec un autre enfant. L'accompagnateur doit apporter un soutien continu, mais peut partager son temps entre les 2. ☐ 1 pour 3 : L'enfant a besoin d'une surveillance et d'un encadrement dans les activités du camp de jour pour bien s'intégrer. Il peut être jumelé avec 2 autres enfants.	
Commentaires :	
Est-ce que votre enfant fréquente une classe réduite (8 élèves) ?	Oui ☐ Non ☐
Est-ce que l'enfant a un accompagnateur durant l'année scolaire?	Oui ☐ Non ☐
Est-ce que votre enfant a un accompagnateur pour une activité de loisir ?	Oui ☐ Non ☐

Initiales du parent confirmant la lecture :

6. ALLERGIES, INTOLÉRANCES ET RESTRICTIONS ALIMENTAIRES

Allergies et/ou intolérances? (Alimentaires, animaux/insectes, médicaments, autres) Oui ☐ Non ☐ Précisez : Signes ou symptômes à surveiller :	Précisez la sévérité : Intolérance ☐ Allergie légère ☐ Allergie sévère ☐ Allergie mortelle ☐ Allergie si ingestion seulement ☐ Allergie au contact ☐
Auto-injecteur d'Épinéphrine (Épipen, Twinject ou autre) Oui ☐ Non ☐	Personnes autorisées à l'administrer : L'enfant lui-même ☐ Adulte responsable ☐
Restrictions alimentaires (autres que des allergies)? Précisez : Oui ☐ Non ☐	
Comment mange-t-il? Facilement ☐ Difficilement ☐ Peu d'appétit ☐	

7. MÉDICATION

Pour être conforme à la loi et nous permettre d'administrer la médication, vous **devez** joindre une copie de la prescription de médication avec ce formulaire.

Votre enfant doit-il prendre des médicaments au camp? Oui ☐ Non ☐ Si oui, veuillez compléter l'annexe : Autorisation de prise d'un médicament

Prend-il des médicaments durant l'année? Oui ☐ Non ☐ Si oui, lequel(s) : _____

_____ Prescrit(s) pour : _____

8. SITUATION DE SANTÉ

Cochez ce qui est applicable :

Situation de santé	Précisions, actions à prendre, etc.
☐ Asthme	
☐ Constipation	
☐ Diarrhée	
☐ Eczéma	
☐ Insomnie	
☐ Mal des transports	
☐ Maux de tête/migraines fréquents	
☐ Menstruations	
☐ Nausées fréquentes / Vomissements	
☐ Otites fréquentes	
☐ Pipi au lit	
☐ Problèmes cardiaques	
☐ Problèmes cutanés	
☐ Saignement de nez	
☐ Sinusites	
☐ Somnambulisme (marche dans son sommeil)	

A-t-il déjà eu les maladies suivantes?
☐ Varicelle ☐ Scarlatine ☐ Rougeole ☐ Oreillons
☐ Autres (préciser) : _____

Initiales du parent confirmant la lecture :

A-t-il déjà subi une intervention chirurgicale ou vécu une maladie grave?	
Oui ☐ Non ☐ Date : _____	Raison : _____
Résultats :	
A-t-il déjà eu des blessures graves? Oui ☐ Non ☐	
Maladies chroniques ou récurrentes? Oui ☐ Non ☐	
Vaccins à jour? Oui ☐ Non ☐	Date du dernier vaccin DCT (Tétanos) : ____/____/____
Vue : ☐ Excellente ☐ Suffisante ☐ Faible ☐ Lunettes / verres de contact ☐ Cécité ☐ Guide-accompagnateur/chien-guide ☐ Canne blanche	Audition : ☐ Excellente ☐ Suffisante ☐ Faible ☐ Appareils auditifs (deux oreilles) ☐ Oreille droite uniquement ☐ Oreille gauche uniquement

9. COMPORTEMENTS ET INTÉRÊTS

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

A-t-il tendance à faire des crises? Oui ☐ Non ☐	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 ☐ Non ☐	Si oui lesquelles et comment intervenir à ce sujet ? (ex. : animaux, eau, vertige, etc.)	
A-t-il des hyposensibilités ou des hypersensibilités sensorielles ? Oui ☐ Non ☐	Si oui lesquelles et comment intervenir à ce sujet ? (ex : bruit, n'aime pas être touché, etc.)	
A-t-il de la difficulté à exprimer ses sentiments à demander de l'aide ou à amorcer une conversation? Oui ☐ Non ☐	S'adapte-t-il facilement à de nouvelles personnes, activités, expériences? Oui ☐ Non ☐	
Votre enfant a-t-il des besoins particuliers pour favoriser sa bonne participation au camp ? Oui ☐ Non ☐ Si oui, lesquels : ☐ Consignes simples ☐ Horaire régulier, stabilité, routine ☐ Personne de référence, besoin de soutien dans la résolution de conflits ☐ Conséquences prévisibles ☐ Besoin de moments calmes et paisibles ☐ Besoin d'un encadrement personnalisé ☐ Autres : _____		
Je souhaite qu'on communique avec moi (parent ou tuteur) par téléphone pour expliquer les besoins : Oui ☐ Non ☐ Nom : _____ Téléphone : _____		
Comment pouvons-nous bien soutenir votre enfant pendant les transitions entre les activités ? Pendant combien de temps votre enfant participe-t-il activement à une activité ? ☐ 5 min. ☐ 10 min. ☐ 20 min. ☐ 30 min. ☐ 45 min et plus.		

Initiales du parent confirmant la lecture :

Comportement	Dans quels contextes ces comportements ont-ils tendance à surgir?	De quelle façon suggérez-vous d'intervenir ? (Ignorer, humour, rediriger, etc.)
☐ Agressivité envers lui-même (crie, crache, etc.)		
☐ Agressivité envers les autres (Mord, frappe, bouscule)		
☐ Agressivité envers les matériels (lance, brise, etc.)		
☐ Anxiété		
☐ Opposition régulière (Consigne et règles)		
☐ Automutilation		
☐ Fugues (ex : s'éloigne du groupe, etc.)		
☐ Gestion des émotions		
☐ Langage inapproprié (insulte, blasphème)		

Comportement	Dans quels contextes ces comportements ont-ils tendance à surgir?	De quelle façon suggérez-vous d'intervenir ? (Ignorer, humour, rediriger, etc.)
☐ Habitudes ou manies particulières (Acceptées ou non)		
☐ Autres (précisez)		
Quels sont ses centres d'intérêts, passe-temps et loisirs?		
Quels sont les meilleurs moyens de l'encourager/le motiver? (Renforcement positif utilisé à la maison ou à l'école que nous pouvons utiliser au camp de jour)		
Relation avec les autres - Comment interagit-il avec :		
Les autres enfants		
Les détenteurs d'autorité		
Les nouvelles personnes		
Interventions particulières de l'accompagnateur		
L'accompagnateur doit : ☐ Rappeler les consignes ☐ L'aider à s'orienter ☐ L'assister pour aller chercher du matériel et de la nourriture ☐ Autres : ☐ Le stimuler à la participation ☐ L'aider dans les transitions		
Commentaires (toutes les suggestions sont utiles pour rendre l'expérience de votre enfant la plus agréable possible) :		

10. CAPACITÉS AQUATIQUES

Autonomie dans l'eau : ☐ Nage seul ☐ Nage seule avec une veste de flottaison individuelle	☐ Ne sait pas nager ☐ Doit porter des bouchons * Si l'enfant est épileptique, discutez avec le camp du port du VFI
A-t-il suivi un cours de natation? Oui ☐ Non ☐	Dernier niveau de natation complété :

11. 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 :	☐ Pictogrammes ☐ Tableau ☐ Mains animées ☐ Langue des signes du Québec (LSQ) ☐ Gestes			
	Autres informations pertinentes :				
Participation aux activités	Stimulation à la participation				
	Interaction avec les adultes				
	Interaction avec les autres enfants				
	Fonctionnement en groupe				
	Activité de motricité fine (Bricolage, manipulations, insertions, etc.)				
	Activité de motricité globale (Sports, jeux psychomoteurs, ballon, etc.)				
	Autres informations pertinentes :				
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				
	Éviter les situations dangereuses (a-t-il conscience du danger ?)				
	Autres informations pertinentes :				

Initiales du parent confirmant la lecture :

Déplacements	Courts déplacements / au camp (Précisez le niveau d'autonomie)				
	En sortie / longues distances ?				
	Si besoin d'équipement pour les déplacements : ☐ Fauteuil manuel ☐ Fauteuil motorisé ☐ Poussette adaptée ☐ Canne(s) / béquilles				
	Méthode de transfert : ☐ Avec le soutien de deux personnes ☐ Utilise un lève-personne ☐ Pivote pour transfert (debout avec support) ☐ Transfert au même niveau ☐ Autres (décrivez) :	Autres : ☐ Orthèses tibiales ☐ Orthèses poignets ☐ Corset ☐ Autres (précisez) :			
	Autres informations pertinentes :				

Autres informations à propos de votre enfant dont vous aimeriez nous faire part? (ex. changements importants récents dans la vie de famille, préoccupations particulières, etc.)