

INFORMATIONS SUR L'ENFANT

Nom de l'enfant :

Date de naissance : Âge : ans

Adresse : Ville :

Code postal : Téléphone :

Nom de l'école fréquentée :

Votre enfant est-il dans un groupe scolaire régulier? Oui Non

Votre enfant bénéficie-t-il des services suivants?

Type d'incapacité : Auditive Autisme Physique Intellectuelle

Trouble du langage et de la parole Trouble de santé mentale

Trouble envahissant du développement Visuelle

Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA(h))

PRÉCISION SUR LA CONDITION DE L'ENFANT

Communication

Langage utilisé : parlé gestuel non-verbal

appareil de communication tableau Bliss ou autres

Compréhension

Votre enfant se fait comprendre : Oui Non

Votre enfant comprend : Oui Non

Alimentation

Votre enfant a-t-il besoin d'aide pour : Manger Boire Diète spéciale

Problèmes rencontrés : Cliquez ici pour entrer du texte.

Habillement

Votre enfant a-t-il besoin d'aide pour s'habiller? Oui Non

Déplacements

Votre enfant se déplace : à l'intérieur seul avec aide

à l'extérieur seul avec aide

en fauteuil roulant seul avec aide N/A

autres appareils (Expliquez): seul avec aide

Condition de santé particulière

Votre enfant a-t-il des problèmes de santé supposant une intervention particulière de l'accompagnateur?

Oui Non

Si oui, nature de la(les) condition(s) : diabète épilepsie allergie
 problème respiratoire problème cardiaque
 autre(s) :

Expliquez :

Problèmes de comportement

Votre enfant a-t-il des troubles de comportement? Oui Non

Si oui, nature des troubles : agressivité envers lui-même opposition régulière
 agressivité envers les autres opposition occasionnelle
 problème de fugue
 autre(s) : Expliquez.

Interventions particulières de l'accompagnateur

Est-ce que des interventions sont requises de la part de l'accompagnateur?

rappel des consignes stimulation à la participation aide au transitions
 aide à l'orientation assistance pour aller chercher matériel ou nourriture
 autre(s) :

Soins personnels

Votre enfant a-t-il besoin d'aide pour* : ses soins personnels aller à la toilette
 incontinence
 autre(s) :

Médication

Votre enfant prend-t-il un ou des médicaments? Oui Non

Si oui, spécifiez le nom du ou des médicament(s) et la dose :

Est-ce que votre enfant doit prendre son médicament au camp de jour? Oui Non

AUTRES RENSEIGNEMENTS PERTINENTS À L'ACCOMPAGNEMENT

RENSEIGNEMENTS – PARENTS OU TUTEUR LÉGAL**PÈRE****MÈRE**

Prénom et nom

Adresse
complète

Téléphone

Bureau

Cellulaire

Courriel

Qui reçoit le
relevé 24 (reçu
d'impôt)?

d'ass sociale :

d'ass. sociale :

Personnes
autorisées à
venir chercher
l'enfantPersonne à
contacter en
cas d'urgence
(autre que les
parents)

Nom complet :

Téléphone :

Lien avec l'enfant :

BESOINS POUR L'ÉTÉ 2018**Camp****Avec sortie****Semaine 1 – 25 au 28 juin* :** Centre des sciences – 25 \$**Semaine 2 – 2 au 5 juillet* :** Royaume de nulle part – 34 \$**Semaine 3 – 8 au 12 juillet :** Nid'Otruche – 23 \$**Semaine 4 – 15 au 19 juillet :** Action Direct – 28 \$**Semaine 5 – 22 au 26 juillet :** Funtropolis – 26 \$**Semaine 6 – 29 juillet au 2 août :** Théâtre Dame de Cœur – 25 \$**Semaine 7 – 5 au 9 août :** Camp Bout-en-Train – 38 \$**Semaine 8 – 12 au 16 août :** La Terre des Bisons – 22 \$

*Le camp est fermé les lundis 24 juin et 1er juillet 2019.

Le coût du programme d'accompagnement est de 14.20 \$ par jour pour les résidents et 24.20\$ par jour pour les non-résidents.. Le coût indiqué à la colonne sortie est à ajouter si votre enfant y participe (non-obligatoire).

Votre enfant sera présent: lundi mardi mercredi jeudi vendredi

S'il y a lieu, précisez les heures où il sera présent : Cliquez ici pour entrer du texte.

Grandeur du t-shirt :

JUNIOR

6-8 ans10-12 ans14-16 ans

ADULTE Petit Medium Large

J'accepte que mon enfant soit jumelé à d'autre(s) enfant(s) avec l'accompagnateur :

Oui Non

Expliquez :

AUTORISATION

Par la présente, j'autorise le Service des activités sportives de la Ville de Mascouche à communiquer avec le service spécialisé coché en page 1, dans le but de statuer sur l'admissibilité au programme d'accompagnement et de favoriser l'intégration de mon enfant au sein du camp de jour de l'été 2019.

Ce consentement couvre la période qui débute à la date de signature et qui se termine le 16 août 2019.

Signature du parent :

Date :