



Demande d'un service d'accompagnement

Été 20__

Veillez joindre une photo récente de votre enfant avec votre demande.

Identification de l'enfant

Nom complet de l'enfant

Sexe : M F

Âge au 30 septembre _____

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) :

Pour les 5 ans, âge au moment du camp _____

____/____/____

Nom complet du parent

Téléphone du parent

(_____) - _____ - _____

Nom de la personne à rejoindre en cas d'urgence

Téléphone en cas d'urgence

(_____) - _____ - _____

Adresse complète

Ville

Code postal

Difficultés de l'enfant

Type de difficulté(s) :

- Auditive Intellectuelle Physique Visuelle Trouble du spectre de l'autisme
 Trisomie Trouble du langage et de la parole Problème de santé mentale Trouble de comportement
 TDAH TDA Opposition envers soi Opposition envers les autres Fugue
 Autre _____

Explications et manifestations des difficultés/défis de l'enfant :

Caractéristiques de l'enfant

Compréhension et langage

- Langage utilisé parlé gestuel non verbal pictogramme
- L'enfant se fait comprendre facilement avec quelques difficultés difficilement
- L'enfant comprend facilement avec quelques difficultés difficilement
- Il connaît la notion de danger facilement avec quelques difficultés difficilement

Spécifiez au besoin : _____

Alimentation

Besoin de soutien pour manger oui non

Besoin de soutien pour boire oui non

Régime alimentaire particulier oui non Spécifiez au besoin : _____

Allergie(s) oui non Spécifiez au besoin : _____

Soins personnels

La personne a besoin d'aide pour aller aux toilettes oui non

La personne a besoin d'aide pour s'habiller oui non

La personne a besoin d'aide pour mettre un maillot oui non

Combien de temps est nécessaire pour que l'enfant mette un maillot : _____

Déplacements

En fauteuil roulant oui non Spécifiez : _____

De façon autonome oui non Spécifiez (ex. en tenant la main, etc.) : _____

Se sauve régulièrement oui non Spécifiez : _____

A besoin d'aide pour s'orienter oui non Spécifiez : _____

Connaît la notion de danger oui non Spécifiez : _____

Intolérances particulières

L'enfant a des intolérances précises oui non

Spécifiez au besoin : _____

Problèmes de santé

L'enfant a des problèmes de santé oui non

Spécifiez au besoin : _____

L'intervenant doit intervenir quant aux problèmes de santé de l'enfant oui non

Spécifiez au besoin : _____

Médication

L'enfant prend de la médication oui non Spécifiez : _____

L'enfant prendra de la médication aux camps de jour oui non

Si oui, veuillez remplir le tableau suivant quant à la posologie de la médication à administrer.

Nom du médicament	Dose à administrer	Heure	L'enfant le prend-il seul?
			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Interventions à prioriser

Rappel des consignes _____

Aide à l'orientation / comprendre son environnement _____

Aide au transfert entre les activités _____

Encouragement à la participation _____

Assistance pour les tâches et les déplacements _____

Autres interventions à prioriser : _____

Service de garde

Est-ce que votre enfant ira au service de garde cet été? oui non

Aucun accompagnement n'est fait au service de garde. Je conscientise que l'accompagnement ne débute qu'à 9h. oui

Par la présente, j'autorise le personnel du Service des loisirs à communiquer avec l'intervenant de mon enfant pour échanger de l'information à son sujet afin de mieux répondre à ses besoins.

Oui Non

Nom de l'intervenant	Organisme	Téléphone
----------------------	-----------	-----------

Le ratio d'enfants par accompagnateur est adapté à la situation. Il peut être d'un accompagnateur par enfant, d'un pour deux ou d'un pour trois, selon l'évaluation des besoins et la décision rendue pour chaque enfant.

Signature du parent

Date

Téléphone

Nom du parent en lettres moulées