



Formulaire d'inscription  
Camp de jour Clair Soleil  
Territoire couvert: MRC des Laurentides

Date : \_\_\_\_\_

Photo

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Sexe : F  M

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Langue parlée à la maison : \_\_\_\_\_

École fréquentée : \_\_\_\_\_

Nom de l'enseignant : \_\_\_\_\_

Nom de l'accompagnateur : \_\_\_\_\_

Téléphone de l'école fréquentée : \_\_\_\_\_

Numéro d'assurance maladie : \_\_\_\_\_ Expiration : \_\_\_\_\_  
Diagnostic de l'enfant : \_\_\_\_\_

**Noms et coordonnées des intervenants pivotant autour de l'enfant**

CSSS : \_\_\_\_\_

Florès : \_\_\_\_\_

Bouclier ou autre centre de réadaptation : nom et coordonnées : \_\_\_\_\_

Médecin de famille : \_\_\_\_\_

Autres : \_\_\_\_\_

L'enfant habite avec : \_\_\_\_\_

**Parents ou responsables de l'enfant**

Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Lien avec l'enfant :	Lien avec l'enfant :
Adresse :	Adresse :
Courriel :	Courriel :
Tél.(domicile) :	Tél.(domicile) :
Tél.(travail) :	Tél.(travail) :
Cell. :	Cell. :

**Personnes autorisées à venir chercher votre enfant :**

Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Lien avec l'enfant :	Lien avec l'enfant :
Tél.(domicile) :	Tél.(domicile) :
Tél.(travail) :	Tél.(travail) :
Cell. :	Cell. :

**Personnes à contacter en cas d'urgence**

Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Lien avec l'enfant :	Lien avec l'enfant :
Tél.(domicile) :	Tél.(domicile) :
Tél.(travail) :	Tél.(travail) :
Cell. :	Cell. :

Votre enfant possède-t-il la vignette d'accompagnement pour les sorties? (Pour les enfants de 12 ans et plus)

- Si oui, assurez-vous qu'il l'ait avec lui en tout temps.
- Sinon, voici le site internet pour vous la procurer : [www.vatl-tlcs.org](http://www.vatl-tlcs.org)

**COMPORTEMENT**

Votre enfant ...

A-t-il des troubles de comportement?    Oui     Non

Expliquez : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

A-t-il des habitudes particulières ou manies qui ne doivent pas être acceptées?    Oui     Non

Lesquelles : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

L'enfant manifeste-t-il les comportements suivants et y a-t-il des interventions mises en place?

- Fugue \_\_\_\_\_
- Frapper \_\_\_\_\_
- Se frapper \_\_\_\_\_
- Mordre,  se mordre \_\_\_\_\_
- Se masturber \_\_\_\_\_

Autres comportements particuliers ou habitudes spécifiques? Situations ou événements qui peuvent les provoquer?

---

---

---

---

---

---

---

---

Quel(s) comportement(s) adopte-t-il envers...

Un adulte : \_\_\_\_\_

---

Un enfant : \_\_\_\_\_

---

Un groupe : \_\_\_\_\_

---

Votre enfant est-il éveillé à la sexualité?      Oui  Non

Si oui, expliquez : \_\_\_\_\_

---

Utilisez-vous des renforçateurs avec votre enfant?      Oui  Non

Lequel (lesquels) : \_\_\_\_\_

---

L'enfant a-t-il des sensibilités particulières (bruit, lumière, son, toucher, etc.)?      Oui  Non

Spécifiez : \_\_\_\_\_

---

L'enfant a-t-il des peurs particulières?

Animaux       Bruit       Autre \_\_\_\_\_

L'enfant a-t-il la notion du danger?       Oui       Non

Spécifiez : \_\_\_\_\_

---

Lorsque l'enfant est en groupe, reste-t-il à proximité de ses pairs?       Oui       Non

Suit-il ses pairs?       Oui       Non

Connaît-il les règles de base de sécurité (marcher sur le trottoir, regarder avant de traverser la rue, etc.)?

Oui       Non

Afin de mieux comprendre votre enfant et d'intervenir adéquatement, veuillez nous donner toutes les informations pertinentes qui pourraient faciliter son adaptation.

---

---

---

---

## COMMUNICATION

Votre enfant communique...

Verbalement  Par signes  Par pictogrammes

Autre outil de communication

---

---

---

## AUTONOMIE

Votre enfant se déplace ...

En fauteuil manuel

En fauteuil motorisé

Avec une marchette

Avec une canne

Marche seul

Autre  \_\_\_\_\_

Votre enfant peut-il être transféré sur un banc d'autobus? Oui  Non

Votre enfant peut-il accomplir les tâches suivantes de façon autonome?

1 = Oui, complètement

2 = A besoin de rappel

3 = A besoin d'aide verbale

4 = A besoin d'aide physique

5 = Ne s'applique pas

Aller à la toilette	1	2	3	4	5
Changer de serviette sanitaire	1	2	3	4	5
Se laver les mains	1	2	3	4	5
S'habiller et se déshabiller	1	2	3	4	5
Manger	1	2	3	4	5

Votre enfant porte-t-il des couches? Oui  Non

Selon vous, quel est le ratio d'encadrement que requiert votre enfant?

1 pour 1  1 pour 2  1 pour 3

## ALIMENTATION

L'enfant mange-t-il seul?  Oui  Non

L'enfant mange avec?

Fourchette  Cuillère  Ustensile adapté, lequel? \_\_\_\_\_

L'enfant boit avec?

Verre  Verre à bec  Paille  Autre \_\_\_\_\_

Y a-t-il des aspects à tenir compte concernant l'alimentation de votre enfant (allergies, intolérances, diète, autre)?

---

---

---

---

## SANTÉ

L'enfant peut-il exprimer ses malaises, une douleur?

Oui  Non

Si oui, comment les exprime-t-il?

---

---

L'enfant fait-il des crises d'épilepsie?

Oui  Non

Type de crise d'épilepsie : \_\_\_\_\_

Fréquence approximative :

Chaque jour : Combien \_\_\_\_\_  
 1 fois par semaine  N'en a pas fait depuis \_\_\_\_\_

Quand?  Jour  Soir  Nuit

Durée de la crise? \_\_\_\_\_

Y a-t-il quelque chose en particulier qui fait déclencher une crise? Si oui, quoi?

---

---

Si l'enfant vomit sa médication, lui en redonnez-vous d'autre?

Oui  Non

## MÉDICATION

Votre enfant prend-il de la médication?

Oui  Non

Sa médication lui donne-t-elle des effets secondaires? :

---

---

Si votre enfant prend de la médication, indiquez le nom de cette médication la dose et la raison pour laquelle cette médication est prise, et ce, même s'il ne prend pas sa médication durant les activités du camp de jour.

---

---

---

---

## AUTORISATION

Si l'enfant doit prendre sa médication lors des activités du camp de jour, veuillez remplir l'autorisation ci-dessous.

---

Date : \_\_\_\_\_

J'autorise \_\_\_\_\_, responsable du camp de jour clair Soleil (ou son substitut) à administrer à mon enfant le médicament prescrit suivant selon la posologie indiquée.

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_ Prénom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Nom du médicament \_\_\_\_\_

Dose à administrer : \_\_\_\_\_ Fréquence (nombre de fois) : \_\_\_\_\_

Heure : \_\_\_\_\_

Durée de validation de l'autorisation, période du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Signature des parents ou du titulaire de l'autorité parentale

---

## **AUTORISATIONS OBLIGATOIRES**

L'Association Clair Soleil fait, tout au long de l'été, des photos ou films d'activités dans lesquels votre enfant figure. Ce matériel peut-être utilisé à des fins publicitaires et promotionnelles telles que brochures, journaux, dépliants, télévision ou portrait internet du camp.

J'accepte

Je refuse

Signature du parent ou du responsable de l'enfant: \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Ou

## **AUTORISATIONS OBLIGATOIRES**

L'Association Clair Soleil fait, tout au long de l'été, des photos ou films d'activités dans lesquels votre enfant figure. Ce matériel ne sera pas utilisé à des fins publicitaires ou promotionnelles telles que brochures, journaux, dépliants, télévision ou portrait internet du camp, il demeurera sous la responsabilité de l'Association Clair soleil.

J'accepte

Je refuse

Signature du parent ou responsable de l'enfant : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

## **POLITIQUE DE RETARD**

Les heures du camp de jour Clair Soleil sont de 8:30 à 16:00.

Vous devez respecter l'heure d'arrivée et l'heure de départ. Si votre enfant doit s'absenter, veuillez nous aviser en téléphonant au (819) 425-7447.

Pour chaque tranche de 15 minutes de retard, vous devrez déboursier un montant de 5\$.

J'ai lu et j'accepte la politique de retard ci-dessus mentionnée.

Signature du parent ou responsable de l'enfant : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

## **SEULEMENT SI C'EST POSSIBLE :**

Combien de jours aimeriez-vous que votre enfant participe au camp Clair Soleil?

**Si c'est possible** : Encerclez le nombre de jours désirés:      1      2      3      4

**Si c'est possible** : Encerclez la ou les journées désirées :      lundi    mardi    mercredi    jeudi

**AVIS : Seules la direction et la coordonnatrice du camp de jour déterminent le nombre de journées (1, 2, 3 ou 4) et la ou les journées (lundi, mardi, mercredi ou jeudi) de votre enfant, en considérant le nombre d'inscriptions et l'handicap de chaque enfant.**

Quelles sont les dates où votre enfant sera absent du camp? (Vacances avec les parents ou dans un autre camp, etc.)

---

# Formulaire d'autorisation

## Veste de flottaison

Lors des activités avec le camp Clair Soleil, le port du gilet de sauvetage est obligatoire en toute circonstance, pour les enfants de tout âge, sauf sur la décision contraire du parent.

Nous vous demandons donc de remplir ce formulaire d'autorisation.

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_, demeurant \_\_\_\_\_  
(indiquer l'adresse) et agissant en qualité de \_\_\_\_\_ (père, mère ou tuteur), autorise mon  
enfant \_\_\_\_\_ (indiquer prénom et nom), demeurant à la même adresse,

**À NE PAS PORTER DE VESTE DE FLOTTAISON** lors des différentes activités qui se dérouleront:

- À la plage (baignade dans le lac)
- À la piscine
- Aux glissades d'eau

\_\_\_\_\_  
Nom en lettres moulées

\_\_\_\_\_  
Signature du parent ou tuteur

\_\_\_\_\_  
Date



## Code de Vie

L'objectif premier d'un code de vie est d'assurer le plein épanouissement personnel de l'enfant afin de maximiser sa réussite à tous les niveaux. Il établit par écrit les principes et règlements fondamentaux faisant transparaître les valeurs de l'organisme, assurant un engagement et un comportement exemplaire afin que tous puissent vivre dans l'harmonie.

À l'Association Clair Soleil, le code de vie fait appel à une valeur importante: LE RESPECT. Cela comprend le respect de soi, des autres et de son environnement.

### Respect de soi

Je prends soin de moi  
Je reconnais  
Je développe et j'utilise mes talents, mes habiletés

### Respect des autres

Je respecte la personne et ses différences  
Je travaille et je joue prudemment  
Je reste pacifique

### Respect de l'environnement

Je prends soin de mes effets personnels et de ceux d'autrui  
Je respecte le matériel appartenant à l'organisme

**\*\*\* Aucun acte de violence ne sera toléré \*\*\***

J'ai lu le code de vie et m'engage à le respecter.

Signature du parent ou tuteur \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Signature de l'enfant (s'il y a lieu) \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_