



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

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 : _____