



## Fiche de santé détaillée

### Camp de jour semaine relâche 2020



Ces informations supplémentaires nous permettront de mieux connaître votre enfant et de répondre adéquatement à ses besoins.

<b>IDENTIFICATION DE L'ENFANT</b>
<b>NOM:</b>
<b>PRÉNOM:</b>

<b>DESCRIPTION DU PARTICIPANT</b>	
VEUILLEZ COCHER LA/LES CASES APPROPRIÉE (S)	
NATURE DE LA OU DES PROBLÉMATIQUE(S) MOTIVANT LA DEMANDE D'ACCOMPAGNEMENT	
TROUBLE DÉFICITAIRE DE L'ATTENTION (AVEC OU SANS HYPERACTIVITÉ) <input type="checkbox"/>	
DÉFICIENCE INTELLECTUELLE <input type="checkbox"/>	TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME <input type="checkbox"/>
TROUBLE DU LANGAGE <input type="checkbox"/>	TROUBLE D'OPPOSITION <input type="checkbox"/>
DÉFICIENCE VISUELLE <input type="checkbox"/>	DÉFICIENCE AUDITIVE <input type="checkbox"/>
ATTEINTE SUR LE PLAN PHYSIQUE <input type="checkbox"/>	ANXIÉTÉ <input type="checkbox"/>
<b>Fonctionnement de l'enfant</b>	
<b>COMMUNICATION</b>	
VOTRE ENFANT S'EXPRIME PAR QUEL MOYEN:	
VERBALEMENT <input type="checkbox"/>	L'ENFANT EST NON-VERBAL <input type="checkbox"/>
GESTUEL <input type="checkbox"/>	SYSTÈME DE COMMUNICATION (PICTOS) <input type="checkbox"/>
VOTRE ENFANT SE FAIT COMPRENDRE:	
AVEC DIFFICULTÉ (BESOIN DE SOUTIEN) <input type="checkbox"/>	FACILEMENT <input type="checkbox"/>
VOTRE ENFANT COMPREND LES AUTRES:	
AVEC DIFFICULTÉ (BESOIN DE SOUTIEN) <input type="checkbox"/>	FACILEMENT <input type="checkbox"/>
VOTRE ENFANT EST EN MESURE DE:	
COMPRENDRE LES RÈGLEMENTS D'UN JEU SIMPLE LORSQU'ON LUI EXPLIQUE <input type="checkbox"/>	
COMPRENDRE LES CONCEPTS DE BASE (COULEUR, GROSSEUR...) <input type="checkbox"/>	
COMPRENDRE UNE CONSIGNE SIMPLE <input type="checkbox"/>	
NOMMER UN BESOIN DE BASE (FAIM, TOILETTE, INCONFORT...) <input type="checkbox"/>	
EXPRIMER UNE ÉMOTION <input type="checkbox"/>	ÉCHANGER AVEC AUTRUI <input type="checkbox"/>
FAIRE UNE DEMANDE <input type="checkbox"/>	LIRE <input type="checkbox"/>
CONDITION DE L'ENFANT (COMMENTAIRES):	
<b>RELATIONS INTERPERSONNELLES</b>	
VOTRE ENFANT A-T-IL DES DIFFICULTÉS PARTICULIÈRES AVEC LES HABILITÉS SUIVANTES (Nécessite des interventions ponctuelles/régulières)?	
DEMANDER DE L'AIDE <input type="checkbox"/>	PARTAGER <input type="checkbox"/>
ATTENDRE SON TOUR <input type="checkbox"/>	INITIER UN CONTACT ADÉQUATEMENT <input type="checkbox"/>
S'OCCUPER LORS D'UN TEMPS LIBRE <input type="checkbox"/>	EXPRIMER SA COLÈRE/ANXIÉTÉ <input type="checkbox"/>
SE CONCENTRER SUR UNE TÂCHE <input type="checkbox"/>	

## AUTONOMIE

### ALIMENTATION:

VOTRE ENFANT MANGE SEUL  VOTRE ENFANT À UNE DIÈTE SPÉCIALE   
VOTRE ENFANT À BESOIN DE SOUTIEN POUR MANGER   
VOTRE ENFANT À BESOIN DE SOUTIEN POUR BOIRE

Spécifiez:

### HABILLAGE

VOTRE ENFANT S'HABILLE SEUL  VOTRE ENFANT S'HABILLE AVEC SOUTIEN

### PROPRETÉ

VOTRE ENFANT EST PROPRE  N'EST PAS PROPRE/PORTE DES COUCHES   
ENTRAÎNEMENT À LA PROPRETÉ (HORAIRE/BESOIN RAPPEL)

## SANTÉ

A-T-IL DES PROBLÈMES DE SANTÉ SUPPOSANT UNE INTERVENTION PARTICULIÈRE DE L'ACCOMPAGNATEUR ?

OUI  NON   
ALLERGIE SÉVÈRE  PROBLÈME CARDIAQUE   
ÉPILEPSIE  ASTHME/PROBLÈME RESPIRATOIRE   
DIABÈTE  PRISE DE MÉDICATION

AUTRE:

## COMPORTEMENTS

Veillez cocher les comportements manifestés par votre enfant et la fréquence

Agressivité envers elle-même <input type="checkbox"/> (se mordre, se frapper...)	<input type="checkbox"/> 1 à 2 fois par jour <input type="checkbox"/> 1 à 3 fois semaine	<input type="checkbox"/> Plus de 5 fois par jour <input type="checkbox"/> Plus de 5 fois par semaine
Agressivité envers autrui <input type="checkbox"/> (modre, frapper, tirer les)	<input type="checkbox"/> 1 à 2 fois par jour <input type="checkbox"/> 1 à 3 fois semaine	<input type="checkbox"/> Plus de 5 fois par jour <input type="checkbox"/> Plus de 5 fois par semaine
OPPOSITION <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1 à 2 fois par jour <input type="checkbox"/> 1 à 3 fois semaine	<input type="checkbox"/> Plus de 5 fois par jour <input type="checkbox"/> Plus de 5 fois par semaine
FUGUE <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1 à 2 fois par jour <input type="checkbox"/> 1 à 3 fois semaine	<input type="checkbox"/> Plus de 5 fois par jour <input type="checkbox"/> Plus de 5 fois par semaine

## AUTORISATION

En considérant ce qui précède, j'autorise les responsables du camp de jour et les personnes nommées ci-dessus, à communiquer les renseignements nécessaires dans le but de déterminer les besoins spécifiques de mon enfant et de favoriser son intégration au camp de jour.

Ce consentement couvre la période qui débute à la date de signature et se termine le 6 mars 2020.

Signature du parent: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_