

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

Ratio : \_\_\_\_\_

Âge : \_\_\_\_\_

Intégration : \_\_\_\_\_

Formulaire reçu : \_\_\_\_\_



JOINDRE UNE  
PHOTO DE  
L'ENFANT

# FORMULAIRE D'INSCRIPTION 2012

## RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Nom du participant : ..... Date de naissance : .....

N° d'assurance maladie : ..... Expiration : ..... Âge : .....

Adresse : ..... Ville : .....

Code postal : ..... Téléphone maison : ..... Autre : .....

Sexe :  MASCULIN  FÉMININ

N° carte « Accès-Loisirs » : ..... Date de validation : .....

Nom du père : ..... Nom de la mère : .....

Nom du tuteur : .....

Courrier électronique (du répondant) : .....

Personne à contacter en cas d'urgence : .....

Lien : ..... Téléphone : .....

Personne autorisée à venir chercher l'enfant au camp de jour : .....

Lien de parenté : .....

**TYPE D'HANDICAP**

Auditif .....  Intellectuel .....

Visuel .....  léger  moyen  sévère

Trouble du langage et de la parole.....  Physique .....

Problème de santé mentale .....  Épilepsie .....

Déficit d'attention ou hyperactivité .....  contrôlée

Trouble envahissant du développement .....  Autre .....

Si le cas, veuillez compléter l'annexe 3 .....

COMMUNICATION (LANGAGE UTILISÉ)	COMPRÉHENSION
<input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Non verbal <input type="checkbox"/> Gestuel <input type="checkbox"/> Appareil de communication (tableau Bliss ou autres) Précisez : ..... .....	<b>Le participant se fait comprendre</b> <input type="checkbox"/> Facilement <input type="checkbox"/> Difficilement <b>L'enfant comprend les consignes</b> <input type="checkbox"/> Facilement <input type="checkbox"/> Difficilement Précisez : .....

ALIMENTATION	SOINS PERSONNELS
<p><b>Le participant a besoin d'aide pour :</b></p> <p>Manger <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Boire <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Diète spéciale <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si oui, précisez : .....</p> <p>Allergies : .....</p>	<p><b>Le participant a besoin d'aide pour :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ses besoins personnels</p> <p><input type="checkbox"/> Aller à la toilette</p> <p><input type="checkbox"/> S'habiller</p> <p>Autres, précisez : .....</p> <p>.....</p>

DÉPLACEMENT	CAPACITÉ À SE DÉPLACER
<p><b>Le participant se déplace :</b></p> <p>Seul <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Avec de l'aide <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Avec une marchette <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>En fauteuil roulant <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Précisez : .....</p> <p>.....</p>	<p><b>Est-ce que le participant peut :</b></p> <p>Monter ou descendre un escalier ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Autres incapacités, précisez : .....</p> <p>.....</p>
<p>Le participant utilise le transport adapté <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si oui, n° d'utilisateur : .....</p> <p>Le participant a-t-il la vignette d'accompagnement? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	

PROBLÈMES DE COMPORTEMENT
<p><b>Le participant a des troubles de comportement :</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Si oui, nature des troubles :</p> <p><input type="checkbox"/> Agressivité envers lui-même .....</p> <p><input type="checkbox"/> Opposition occasionnelle .....</p> <p><input type="checkbox"/> Problème de fugue .....</p> <p><input type="checkbox"/> Agressivité envers les autres .....</p> <p><input type="checkbox"/> Opposition régulière .....</p> <p><input type="checkbox"/> Impulsivité .....</p> <p><input type="checkbox"/> Hyperactivité .....</p> <p>Autres, précisez : .....</p> <p>.....</p>

Médication
<p>Le participant doit prendre des médicaments à la maison? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Y a-t-il prise de médicaments lors des activités? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>*** Si oui, veuillez <u>compléter l'annexe 2</u></p>

## INTÉRÊTS DE L'ENFANT

Quelles activités votre enfant aime-t-il?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Casse-tête ..... | <input type="checkbox"/> Jouer dans le sable   |
| <input type="checkbox"/> Bricolage .....  | <input type="checkbox"/> Jouer dans la piscine |
| <input type="checkbox"/> Dessin .....     | <input type="checkbox"/> Jouer au parc         |
| <input type="checkbox"/> Peinture .....   | <input type="checkbox"/> Jouer au soccer       |

Autres, précisez : .....

## INTERVENTIONS

Nom d'un référent professionnel pouvant apporter du soutien :

CRDI  
Nom : ..... Poste : .....

CMR  
Nom : ..... Poste : .....

Établissement scolaire .....

Autre .....

Particularités ou renseignements utiles au sujet du participant (phobies, etc.)

.....

Interventions à privilégier lorsque qu'il y a anxiété ou désorganisation : .....

.....

.....

Interventions à ne pas faire pouvant occasionner une crise : .....

.....

**J'ai rempli la fiche d'identification et je certifie que les renseignements fournis sont exacts, autant que je sache.**

Signature du parent : .....

Date : .....

· RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION ·

· Note(s) : ..... ·

· ..... ·

· ..... ·

· ..... ·