

Les formulaires complétés sont à envoyer avant le **vendredi 28 février 2025**, à l'adresse suivante :

[campdejour@ville.delson.qc.ca](mailto:campdejour@ville.delson.qc.ca)

Identification de l'enfant			
Nom Prénom		Sexe Age	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> _____
Date de naissance (aaaa/mm/jj/)			
Adresse			
Identification des parents/ tuteur(s)			
Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur légal <input type="checkbox"/>		Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur légal <input type="checkbox"/>	
Nom Prénom		Nom Prénom	
Adresse (Si différente de l'enfant)		Adresse (si différente de l'enfant)	
Coordonnées	☎ Cellulaire : _____ ☎ Maison : _____ ☎ Travail : _____ @ Courriel : _____	Coordonnées	☎ Cellulaire : _____ ☎ Maison : _____ ☎ Travail : _____ @ Courriel : _____
En cas d'urgence, personne à contacter autre que les parents			
Lien avec l'enfant : _____		Nom : _____ Numéro de téléphone : _____	
Semaine(s) de camp souhaitée(s)			
<input type="checkbox"/> Semaine du 23 au 27 juin <input type="checkbox"/> Semaine du 30 au 4 juillet <input type="checkbox"/> Semaine du 7 au 11 juillet <input type="checkbox"/> Semaine du 14 au 18 juillet <input type="checkbox"/> Semaine du 21 au 25 juillet <input type="checkbox"/> Semaine du 28 au 1 août <input type="checkbox"/> Semaine du 4 au 8 août <input type="checkbox"/> Semaine du 11 au 15 août			

Besoins particuliers et diagnostic			
<input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle	<input type="checkbox"/> légère	<input type="checkbox"/> moyenne	<input type="checkbox"/> sévère
<input type="checkbox"/> Trouble du spectre de l'Autisme (TSA)	Précisez :		
<input type="checkbox"/> Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H)	<input type="checkbox"/> avec hyperactivité	<input type="checkbox"/> sans hyperactivité	
<input type="checkbox"/> Déficience motrice	Précisez :		
<input type="checkbox"/> Déficience visuelle	Précisez :		
<input type="checkbox"/> Déficience auditive	Précisez :		
<input type="checkbox"/> Trouble du langage/de la parole	<input type="checkbox"/> réceptif	<input type="checkbox"/> expressif	
<input type="checkbox"/> Trouble du comportement	<input type="checkbox"/> agressivité	<input type="checkbox"/> opposition	
<input type="checkbox"/> Épilepsie	Précisez :		
<input type="checkbox"/> Trisomie 21	Précisez :		
<input type="checkbox"/> Autre(s) (Asthme, diabète, problème cardiaque, allergies...)	Précisez :		
Autonomie et compréhension			
Votre enfant a-t-il besoin d'aide pour accomplir les tâches suivantes ?	Oui	Non	Commentaires
Aller aux toilettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
S'habiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Se déplacer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Se nourrir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Votre enfant est-il en mesure de demander :	Oui	Non	Commentaires
D'aller aux toilettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
De l'aide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Un objet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
De l'eau s'il a soif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
A manger s'il a faim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Précisions :			
<b>Fonctionnement général</b>			
Votre enfant a-t-il de la difficulté à gérer les transitions entre les activités?	Jamais <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Modérément <input type="checkbox"/> Toujours <input type="checkbox"/> <u>Commentaires :</u>		
Votre enfant a-t-il de la difficulté à gérer les transitions lorsqu'il faut arrêter une activité plaisante?	Jamais <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Modérément <input type="checkbox"/> Toujours <input type="checkbox"/> <u>Commentaires :</u>		
Votre enfant a-t-il de la difficulté à gérer les transitions s'il y a une modification de l'horaire de la journée?	Jamais <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Modérément <input type="checkbox"/> Toujours <input type="checkbox"/> <u>Commentaires :</u>		
Votre enfant a-t-il de la difficulté à gérer les transitions entre les activités?	Jamais <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Modérément <input type="checkbox"/> Toujours <input type="checkbox"/> <u>Commentaires :</u>		
Votre enfant a-t-il de la difficulté à gérer les transitions si la routine est perturbée?	Jamais <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Modérément <input type="checkbox"/> Toujours <input type="checkbox"/> <u>Commentaires :</u>		

Médication	
Votre enfant prend-il une médication ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Devons-nous lui administrer ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Précisez (nom du médicament, instructions relatives à l'administration) :
<b>Autorisation d'administration :</b> Durée de l'autorisation : _____ Du : _____ Au : _____  Dose à administrer : _____  Signature du parent ou du tuteur : _____	
Commentaires :	

**Formulaire de demande d'accompagnement camp de jour**

Sachez que toutes les informations contenues dans ce formulaire sont de nature confidentielle. Vos réponses nous servent à assurer le meilleur jumelage possible entre accompagnateur-enfant, mais également à jumeler des enfants ensemble.

Il se peut que certaines semaines souhaitées ne soient pas acceptées afin de permettre une plus grande équité et permettre à un plus grand nombre de famille de bénéficier du service d'accompagnement pour leur enfant.