

Les formulaires complétés sont à envoyer avant le **lundi 2 mars 2026**, à l'adresse suivante :

campdejour@ville.delson.qc.ca

Identification de l'enfant			
Nom Prénom		Sexe Age	M ☐ F ☐ _____
Date de naissance (aaaa/mm/jj/)			
Adresse			
Identification des parents/ tuteur(s)			
Père ☐ Mère ☐ Tuteur légal ☐		Père ☐ Mère ☐ Tuteur légal ☐	
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)			
☐ Semaine du 29 juin au 3 juillet ☐ Semaine du 6 au 10 juillet ☐ Semaine du 13 au 17 juillet ☐ Semaine du 20 au 24 juillet ☐ Semaine du 27 au 31 juillet ☐ Semaine du 3 au 7 août ☐ Semaine du 10 au 14 août ☐ Semaine du 17 au 21 août			

Besoins particuliers et diagnostic			
☐ Déficience intellectuelle	☐ légère ☐ moyenne ☐ sévère		
☐ Trouble du spectre de l'Autisme (TSA)	Précisez :		
☐ Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H)	☐ avec hyperactivité ☐ sans hyperactivité		
☐ Déficience motrice	Précisez :		
☐ Déficience visuelle	Précisez :		
☐ Déficience auditive	Précisez :		
☐ Trouble du langage/de la parole	☐ réceptif ☐ expressif		
☐ Trouble du comportement	☐ agressivité ☐ opposition		
☐ Épilepsie	Précisez :		
☐ Trisomie 21	Précisez :		
☐ 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	☐	☐	
S'habiller	☐	☐	
Se déplacer	☐	☐	
Se nourrir	☐	☐	

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

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

Formulaire de demande d'accompagnement camp de jour

Commentaire d'un professionnel intervenant auprès de l'enfant

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.

