



# FORMULAIRE D'INSCRIPTION

## RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

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 .....

Quel type ?.....

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

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

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

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 : ..... .....

Particularités ou renseignements utiles au sujet du participant (phobies : ex. : des araignées / hypersensibilité : ex. : au bruit) ..... .....
---

Y a-t-il prise de médicaments lors des activités ?  Oui  Non

\*\* Si oui, lesquels ? .....

.....

.....

Remplir le formulaire d'autorisation.

Y a-t-il un plan d'intervention prévu pour le participant  Oui  Non

Si oui, dans quelle situation ? .....

Nom de l'intervenant : ..... Téléphone : .....

\*\* Le plan peut être demandé si nécessaire.

**Interventions à privilégier :** .....

.....

.....

.....

.....

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

Signature du parent : .....

Signature du participant (si 14 ans et plus) : .....

Date : .....

· RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION ·

· Note(s) : ..... ·

· ..... ·

· ..... ·

· ..... ·

· ..... ·

· ..... ·