

FICHE SANTÉ/SÉCURITÉ (UN FORMULAIRE PAR ENFANT)

CAMP DE JOUR DE SAINT-NARCISSE

INFORMATION EN CAS D'URGENCE

Nom de l'enfant : _____ Prénom de l'enfant : _____

Date de naissance : _____ Âge au 30 septembre : _____

No d'assurance maladie : _____ Date d'expiration : _____

Parents

Nom de la mère : _____

Adresse : _____

Téléphone Maison : _____

Travail : _____

Cellulaire : _____

Adresse courriel : _____

Nom du père : _____

Adresse : _____

Téléphone Maison : _____

Travail : _____

Cellulaire : _____

Adresse courriel : _____

*****S.V.P. Écrire votre adresse courriel lisiblement*****

Personne à contacter en cas d'urgence

Nom : _____ Lien avec l'enfant : _____

Téléphone Maison : _____

Travail : _____

Cellulaire : _____

Personnes autorisées à récupérer l'enfant autres que les parents ou le tuteur :

J'autorise mon enfant à quitter le camp de jour à vélo à partir de 16h00

OUI ____ NON ____

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Votre enfant souffre-t-il (elle) d'une maladie? (ex : asthme, épilepsie, diabète etc.)

OUI ___ NON ___

Si oui laquelle : _____

Votre enfant a-t-il (elle) été diagnostiqué (e) TDAH, TSA, dysphasique ou autres?

OUI ___ NON ___

Si oui lequel : _____

Votre enfant a-t-il (elle) des allergies?

OUI ___ NON ___

Si oui laquelle : _____

A-t-il (elle) toujours à sa disposition une dose d'adrénaline par exemple de l'épipen?

OUI ___ NON ___

Votre enfant a-t-il eu une intervention chirurgicale, des blessures graves, une maladie chronique, une maladie contagieuse?

OUI ___ NON ___

Si oui laquelle précisez : _____

Merci de votre collaboration.

Signature du parent : _____

Date : _____

PROCÉDURE D'ANALYSE DES DEMANDES D'ACCOMMODEMENT

ÉVALUATION DES DEMANDES

Procédure d'inscription

Lors de l'inscription, le parent ou tuteur doit nous aviser si leur enfant a des besoins particuliers. Si oui, nous demandons lesquels pour fin d'analyse.

Évaluation des demandes d'inscription

Le Comité analyse les demandes afin de savoir s'il est pertinent qu'un accompagnateur soit attribué à un ou plusieurs enfants dépendant des besoins de chacun et comment nous pouvons les regrouper. Si nous avons des questions suite à la réception des documents d'inscription, nous contacterons le parent ou tuteur.

Prise de décision

Un accompagnateur sera attribué à un enfant ne pouvant fonctionner seul. Un second accompagnateur est attribué aux enfants pouvant être regroupés puisque nous jugeons qu'ils peuvent fonctionner en groupe et selon les demandes des parents puisque certains demandent que leur enfant soit intégré à des groupes normaux pour favoriser leur intégration sociale.

1. IDENTIFICATION DE L'ENFANT

Prénom :		Nom de famille	
		Date de naissance :	

2. PORTRAIT DE LA SITUATION (UNE FICHE PAR ENFANT)

DIAGNOSTIC	
EXPLICATIONS DU DIAGNOSTIC	
MÉDICATION ET POSOLOGIE	
SITUATION SCOLAIRE (classe adaptée, classe régulière...)	
ADAPTATION DE L'ÉCOLE (plan intervention)	
VOTRE ENFANT A-T-IL BESOIN D'UN ACCOMPAGNATEUR AU CAMP ? SI OUI, QUEL SERAIT LE RATIO D'ENCADREMENT ?	
SITUATION MÉDICALE PARTICULIÈRE À CONSIDÉRER (ALLERGIES, ÉPILEPSIE, ASTHME, ETC.)	

ÉLÉMENTS À SURVEILLER AU NIVEAU DU COMPORTEMENT	<input type="checkbox"/> Agressivité <input type="checkbox"/> Anxiété <input type="checkbox"/> Automutilation <input type="checkbox"/> Crises <input type="checkbox"/> Conscience du danger <input type="checkbox"/> Fugues <input type="checkbox"/> Manie ou habitudes particulières <input type="checkbox"/> Phobies <input type="checkbox"/> Adaptation aux changements <input type="checkbox"/> Opposition à l'autorité <input type="checkbox"/> Relations sociales difficiles ou maladroites <input type="checkbox"/> Participation difficile aux activités <input type="checkbox"/> Isolement
ÉLÉMENTS À CONSIDÉRER AU NIVEAU DE LA COMMUNICATION	<input type="checkbox"/> Expression des sentiments/ressentis <input type="checkbox"/> Difficultés à s'exprimer <input type="checkbox"/> Difficultés à comprendre <input type="checkbox"/> Surdité partielle ou complète <input type="checkbox"/> Capacité visuelle réduite
ÉLÉMENTS À CONSIDÉRER AU NIVEAU DE LA MOBILITÉ	<input type="checkbox"/> Motricité fine <input type="checkbox"/> Motricité globale <input type="checkbox"/> Déplacements avec un équipement spécialisé <input type="checkbox"/> Aide aux transferts
ÉLÉMENTS À CONSIDÉRER AU NIVEAU DE L'AUTONOMIE DANS LA VIE QUOTIDIENNE	<input type="checkbox"/> Aide à l'habillement <input type="checkbox"/> Aide à la propreté / Utilisation des toilettes <input type="checkbox"/> Aide à l'alimentation <input type="checkbox"/> Aide à la gestion de son matériel

3. ANALYSE ET SOLUTIONS POUR UNE INTÉGRATION RÉUSSIE

Selon les éléments à considérer, sélectionnez dans la section 3, les options sélectionnées pour accommoder l'enfant ayant des besoins particuliers. Identifiez les coûts relatifs aux accommodements, la ou les personnes responsables de l'accommodement et les méthodes que cette personne devra mettre en place. **(Ne pas remplir pour administration seulement)**

�l�ment particulier à l'enfant	Accommodements choisis	Coût (s'il y a lieu)	Personne responsable de l'accommodement choisi	Défi et/ou méthode à privilégier

LE COMITÉ DES LOISIRS DE SAINT-NARCISSE, LOTBINIÈRE

AUTORISATION PARENTALE DE PRISE DE PHOTOS ET VIDÉOS

Par la présente, j'autorise les animateurs (trices) du camp de jour de Saint-Narcisse et les responsables du Comité des Loisirs de Saint-Narcisse, Lotbinière à **prendre** des photos ou filmer mon enfant dans le cadre des activités du camp de jour.

J'autorise également les animateurs (trices) du camp de jour de Saint-Narcisse et les responsables du Comité des Loisirs de Saint-Narcisse, Lotbinière à **utiliser** les photos ou vidéos de mon enfant pour les utilisations suivantes :

- Tableau d'honneur du camp de jour
- Journal Le Narcissique de la municipalité
- Site internet de la municipalité ou des Loisirs
- À des fins promotionnelles
- Groupe privé du camp de jour (Facebook)

À noter que tout le matériel utilisé demeure la propriété du camp de jour de Saint-Narcisse et du Comité des Loisirs de Saint-Narcisse, Lotbinière.

Aucune autre utilisation ne sera permise sans autorisation complémentaire.

Nom de l'enfant : _____

Nom du parent ou du tuteur : _____

Signature du parent : _____

Date : _____

AUTORISATION PARENTALE POUR L'APPLICATION DE CRÈME SOLAIRE

Par la présente, j'autorise les animateurs (trices) du camp de jour de Saint-Narcisse à appliquer de la crème solaire à mon enfant selon le protocole suivant :

- Le parent doit fournir la crème solaire pour son enfant.
- La crème solaire devra être appliquée à l'enfant avant son arrivée au camp de jour.
- À certains moments de la journée et dans le but d'assurer la sécurité de l'enfant, les animateurs (trices) du camp de jour de Saint-Narcisse appliqueront de la crème solaire aux enfants de 4-5 et 6 ans en présence de d'autres animateurs (trices) et enfants pour les parties du visage, le cou et les bras. Les autres enfants devront l'appliquer eux-mêmes sous la surveillance du personnel du camp de jour.
- Des rappels seront faits au courant de la journée concernant l'application de la crème solaire.

Nom de l'enfant : _____

Nom du parent ou du tuteur : _____

Signature du parent : _____

Date : _____

LE COMITÉ DES LOISIRS DE SAINT-NARCISSE, LOTBINIÈRE

AUTORISATION PARENTALE POUR LE TRANSPORT EN AMBULANCE

Par la présente, j'autorise le personnel du camp de jour de Saint-Narcisse à prodiguer tous les premiers soins à mon enfant ainsi que le transport par ambulance, à mes frais, vers un établissement hospitalier si nécessaire.

Dans l'impossibilité de nous joindre, j'autorise un médecin à prodiguer tous les soins médicaux requis à son état.

Nom de l'enfant : _____

Nom du parent ou du tuteur : _____

Signature du parent : _____

Date : _____

LE COMITÉ DES LOISIRS DE SAINT-NARCISSE, LOTBINIÈRE

VÊTEMENT DE FLOTTAISON (VFI) OU BALLON DORSAL

Divers facteurs de risque peuvent mettre la vie de votre enfant en danger lors d'activités aquatiques que ce soit en eau profonde ou peu profonde. Voici pourquoi nous aimerions savoir si vos enfants ont besoin d'un vêtement de flottaison individuel (VFI) ou d'un ballon de natation dorsal. Si c'est le cas, l'enfant devra le porter à chacune de ses visites à la piscine. Donc, vous serez responsable de le fournir. Merci de votre collaboration.

Remplir un formulaire pour chaque enfant qui fréquente le camp de jour.

Mon enfant a besoin d'un vêtement de flottaison (VFI) :

OUI _____

NON _____

Nom de l'enfant : _____

Mon enfant a besoin d'un ballon de natation dorsal :

OUI : _____

NON : _____

Nom de l'enfant : _____

Signature du parent : _____