

CHOIX DES SEMAINES

Sélectionner les semaines pour lesquelles vous désirez inscrire votre enfant.

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Semaine 1 : 24 au 28 juin | <input type="checkbox"/> Camp régulier | <input type="checkbox"/> Camp sports/plein air | <input type="checkbox"/> Camp arts/activités culturelles |
| <input type="checkbox"/> Semaine 2 : 1 ^{er} au 5 juillet | <input type="checkbox"/> Camp régulier | <input type="checkbox"/> Camp sports/plein air | <input type="checkbox"/> Camp arts/activités culturelles |
| <input type="checkbox"/> Semaine 3 : 8 au 12 juillet | <input type="checkbox"/> Camp régulier | <input type="checkbox"/> Camp sports/plein air | <input type="checkbox"/> Camp arts/activités culturelles |
| <input type="checkbox"/> Semaine 4 : 15 au 19 juillet | <input type="checkbox"/> Camp régulier | <input type="checkbox"/> Camp sports/plein air | <input type="checkbox"/> Camp arts/activités culturelles |
| <input type="checkbox"/> Semaine 5 : 22 au 26 juillet | <input type="checkbox"/> Camp régulier | <input type="checkbox"/> Camp sports/plein air | <input type="checkbox"/> Camp arts/activités culturelles |
| <input type="checkbox"/> Semaine 6 : 29 jul au 2 août | <input type="checkbox"/> Camp régulier | <input type="checkbox"/> Camp sports/plein air | <input type="checkbox"/> Camp arts/activités culturelles |
| <input type="checkbox"/> Semaine 7 : 5 au 9 août | <input type="checkbox"/> Camp régulier | <input type="checkbox"/> Camp sports/plein air | <input type="checkbox"/> Camp arts/activités culturelles |
| <input type="checkbox"/> Semaine 8 : 12 au 16 août | <input type="checkbox"/> Camp régulier | <input type="checkbox"/> Camp sports/plein air | <input type="checkbox"/> Camp arts/activités culturelles |

CHANDAIL

Un chandail du camp de jour sera obligatoire lors des sorties. Veuillez indiquer la grandeur de chandail de votre enfant.

- Très petit enfant
- Petit enfant
- Moyen enfant
- Grand enfant
- Très grand enfant
- Très petit adulte
- Petit adulte
- Moyen adulte
- Grand adulte

TARIF ÉTÉ 2024

Les tarifs pour l'été 2024 incluent toutes les activités du camp de 7h à 17h30, un chandail et les activités spéciales telles que les sorties.

Tarifs	Camp régulier	Camps spécialisés (plein air OU arts et activités culturelles)
Membres PSP - individuel ou familial 6 ou 12 mois (militaire, employé, citoyen)	210\$ Prix spécial inscriptions prioritaires: 150\$ pour la première semaine	250\$ Prix spécial inscriptions prioritaires: 170\$ pour la première semaine
Non membre PSP (militaire, employé, citoyen)	225\$	320\$

Coûts totaux pour la saison estivale 2024 (réservé à l'administration du camp Plein Soleil)

Nombre de semaines de camp régulier :	_____	X tarif par semaine	_____	= _____
+			+	
Nombre de semaines de camp spécialisé :	_____	X tarif par semaine	_____	= _____
+			+	
Nombre de chandails supplémentaires:	_____	X 20\$ (1 ^{er} chandail gratuit)	_____	= _____
-			-	
Rabais prix spécial inscriptions prioritaires (-60\$ camp régulier/-80\$ camp spécialisé) (Membre PSP seulement - Valide uniquement le 5 et 6 avril 2024)			-	_____
Grand total :				= _____ +tx
				= _____

RENSEIGNEMENTS SUR L'ENFANT

Nom complet: _____		Sexe: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>
Date de naissance (Année/mois/jour) : / /	Numéro d'assurance maladie :	
Âge de l'enfant au 30 septembre 2024 : _____	Date d'expiration :	
Niveau scolaire terminé en juin 2024 : _____		

CONTACTS EN CAS D'URGENCE

CONTACT 1	CONTACT 2
Nom :	Nom :
Numéro de téléphone :	Numéro de téléphone :
Cellulaire :	Cellulaire :
Lien :	Lien :
CONTACT 3	CONTACT 4
Nom :	Nom :
Numéro de téléphone :	Numéro de téléphone :
Cellulaire :	Cellulaire :
Lien :	Lien :

DÉPART DU CAMP DE JOUR

Afin d'offrir plus de sécurité, veuillez indiquer un mot de passe confidentiel à l'usage exclusif des personnes autorisées ci-après mentionnées, à fournir à un membre de l'équipe d'animation au départ de votre enfant du camp.

MOT DE PASSE : _____

*** Important de ne pas divulguer le mot de passe à votre enfant, ni aux autres parents ***

Veuillez nous fournir une liste des personnes autorisées à venir chercher votre enfant en tout temps et ce, pour tout l'été, autre que les parents/ tuteurs (précisez le nom complet et le lien avec l'enfant (ex: Jean Tremblay, grand-papa)

#1

#2

#3

Mon enfant est autorisé à quitter seul le camp Plein Soleil (lorsque la journée de camp est terminée). *L'enfant n'est plus sous la responsabilité du camp Plein Soleil du moment qu'il quitte le terrain du camp de jour.

Oui Non

Signature du parent ou du tuteur : _____

MÉDICATION

Votre enfant prend-t-il des médicaments? Oui Non

Nom du-des médicament(s) :

Posologie :

Pris par l'enfant lui-même ? Oui Non

Précision :

Si votre enfant doit prendre des médicaments sur les heures de camp, vous devrez, à votre arrivée au camp de jour, remplir un formulaire d'autorisation, afin que les responsables puissent distribuer le médicament prescrit à votre enfant.

ALLERGIES

Votre enfant souffre-t-il des allergies suivantes : Veuillez préciser

- Aucune
- Piqûre d'insecte _____
- Fièvre des foins _____
- Pénicilline _____
- Animaux _____
- Alimentaire _____
- Autre _____

Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Epipen, Ana-Kit) en raison de ses allergies? Oui Non

Votre enfant a-t-il à sa disposition une pompe pour des raisons d'asthme? Oui Non

Par la présente, j'autorise les personnes désignées par le camp Plein Soleil à administrer en cas d'urgence, d'une réaction allergique, la dose d'adrénaline requise à mon enfant.

Signature du parent ou du tuteur : _____

INFORMATIONS SANTÉ

Votre enfant a-t-il des problèmes de santé ou maladie Oui Non

Précisions:

SOINS INFIRMIERS NÉCESSAIRES ET/OU AMBULANCE - HÔPITAL

Veuillez initialiser pour consentir :

- J'autorise la direction du camp d'été PSP à prodiguer tous les soins infirmiers nécessaires. _____
- J'autorise la direction du camp à envoyer mon enfant à l'hôpital en ambulance si elle le juge important. _____
- J'autorise le médecin choisi par la direction du camp à donner à mon enfant tous les soins médicaux requis par son état, y compris la pratique d'une intervention chirurgicale, des injections, l'anesthésie et l'hospitalisation. _____
- Si des modifications concernant l'état de santé de mon enfant survenaient avant le début ou pendant la période du camp de jour, je m'engage à transmettre cette information à la direction du camp de jour. _____

Signature du parent ou du tuteur : _____

CRÈME SOLAIRE ET INSECTIFUGES

J'autorise le camp Plein Soleil à offrir de la crème solaire ou insectifuge (si mon enfant n'en possède pas) Oui Non

MALADIES INFECTIEUSES ET/OU CONTAGIEUSES

Afin d'assurer la sécurité de tous, il est très important, en cas de symptômes d'une maladie infectieuse et/ou contagieuse (covid, gastro, poux, varicelle, conjonctivite...) chez l'enfant, de ne pas venir au camp et d'aviser par téléphone ou par courriel les responsables d'une possibilité de contamination. À noter qu'en aucun cas, l'identité de l'individu soupçonné d'être infecté ne sera révélée.

J'ai pris connaissance de l'article et m'assurerai de garder à la maison mon enfant qui présente des symptômes d'une maladie infectieuse et/ou contagieuse.

Signature du parent ou du tuteur :  _____

CAPACITÉS AQUATIQUES

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nage seul avec VFI | <input type="checkbox"/> Ne sait pas nager |
| <input type="checkbox"/> Nage seul en eau peu profonde | <input type="checkbox"/> Besoin d'accompagnement |
| <input type="checkbox"/> Nage seul en eau profonde | <input type="checkbox"/> Doit porter des bouchons |
- * Si l'enfant est épileptique, discutez avec le camp du port du VFI

INTÉRÊTS ET FORCES

Quels sont ses centres d'intérêts, passe-temps et loisirs?	
Quels sont les meilleurs moyens de l'encourager/le motiver?	
Quelles sont ses forces?	

RELATION AVEC LES AUTRES COMMENT INTERAGIT-IL AVEC:

Ses pairs	
Les détenteurs d'autorité	
Les nouvelles personnes	

INFORMATIONS DE SANTÉ SUPPLÉMENTAIRES

Votre enfant a-t-il des difficultés de comportement : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Précisions :
Votre enfant a-t-il reçu un diagnostic tel que; déficit de l'attention, TSA, etc. : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Précisions :
Votre enfant a-t-il des besoins particuliers nécessitant une attention spécifique, soit un handicap physique, intellectuel ou neurologique, des troubles de l'attention ou du comportement ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si vous répondez oui, svp remplir la section «SERVICE D'ACCOMPAGNEMENT POUR LE SOUTIEN À L'INCLUSION» dans les pages qui suivent	Précisions :
Votre enfant a-t-il déjà subi une intervention chirurgicale, si oui précisez la date approximative et la raison? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Précisions :
Votre enfant a-t-il un suivi particulier pendant l'année (médecin spécialiste, CLSC, CISSS, technicien(ne) en éducation spécialisée, psychoéducateur(trice), travailleur(se) social(e), etc.)? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Précisions :
Y a-t-il des activités auxquelles votre enfant ne peut pas participer ou seulement moyennant certaines conditions? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Précisions :
Votre enfant vit-il (elle) une situation particulière (séparation, deuil, déménagement, etc.) Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Précisions :
L'enfant vit-il avec ...(spécifiez)? 2 parents <input type="checkbox"/> 2 parents en garde partagée <input type="checkbox"/> Uniquement la mère <input type="checkbox"/> Uniquement le père <input type="checkbox"/> Famille d'accueil <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	Précisions :
Intérêts particuliers de l'enfant (sports, arts, science, etc.)	Précisions :

COMPORTEMENTS ET INTERVENTIONS

Doit-on porter attention à certains comportements?

Cochez ceux qui sont applicables

Comportement	Dans quels contextes ces comportements ont-ils tendance à survenir?	De quelle façon suggérez-vous d'intervenir ?
<input type="checkbox"/> Agressivité verbale et/ou physique envers lui-même		
<input type="checkbox"/> Agressivité envers les autres		
<input type="checkbox"/> Anxiété /Stress		
<input type="checkbox"/> Fugues		
<input type="checkbox"/> Opposition		
<input type="checkbox"/> Habitudes ou des manies particulières (Acceptées ou non)		
<input type="checkbox"/> Transition/situation imprévue / routine		
<input type="checkbox"/> Autres (sensibilité physique, éveil sexuel, intolérance aux bruits, bris de matériel, etc.)		
L'enfant a-t-il tendance à faire des crises? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Si oui, quels sont les signes précurseurs (agitation, isolement, etc.)?	Quelles sont les interventions efficaces à utiliser durant ces crises?
L'enfant a-t-il des phobies et/ou peurs ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Si oui lesquelles et comment intervenir à ce sujet ? (Ex : animaux, eau, vertige, etc.)	

*Si votre enfant dispose d'un plan d'intervention avec des objectifs comportementaux à son école, nous aimerions en avoir une copie. Ce document nous permet d'offrir une stabilité dans les interventions réalisées auprès de l'enfant.

APPRENTISSAGES ET ADAPTATION

Mon enfant a de la difficulté à se faire des amis? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Précisez :
Mon enfant a de la difficulté à exprimer ses sentiments, à demander de l'aide ou à amorcer une conversation? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Précisez :
Mon enfant a de la difficulté à dormir seul Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Précisez :
Mon enfant a de la difficulté à se faire comprendre Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Précisez :
Mon enfant a de la difficulté à comprendre les autres Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Précisez :
Mon enfant comprend les concepts de base (couleurs, grosseurs...) Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Précisez :
Mon enfant peut nommer ses besoins de bases (faim, toilette, inconfort) Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Précisez :
Mon enfant est capable de demander de l'aide Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Précisez :
Mon enfant est capable de lire Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Précisez :
Mon enfant s'adapte facilement à de nouvelles personnes, activités, expériences? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Précisez :
Mon enfant est capable d'attendre son tour Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Précisez :

Signature et autorisation du parent ou tuteur

Je déclare que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont exacts et complets.

Je m'engage à informer le personnel de tout changement pouvant avoir un impact sur la participation de mon enfant au camp de jour.



Signature du parent

Date

Merci de votre collaboration !

SERVICE D'ACCOMPAGNEMENT POUR LE SOUTIEN À L'INCLUSION

Si votre enfant a des besoins particuliers nécessitant une attention spécifique; soit un handicap physique, intellectuel ou neurologique, des troubles de l'attention ou du comportement, et que vous avez répondu OUI à la question; « Votre enfant a-t-il des besoins particuliers nécessitant une attention spécifique », veuillez compléter la section qui suit.

Le service d'accompagnement offre un encadrement plus personnalisé pour aider l'enfant à participer aux différentes activités en jumelant l'enfant à un accompagnateur et en l'intégrant à un groupe.

Les critères d'admissibilité du programme sont les suivants :

- Un parent ou tuteur doit être membre actif des forces régulières ou employé du ministère de la Défense Nationale.
- L'enfant nécessitant un accompagnement doit être âgé entre 5 et 12 ans et avoir des besoins particuliers (trouble du spectre de l'autisme, problématique de santé mentale, déficience intellectuelle ou physique, trouble du comportement, etc...)
- L'enfant démontre de l'intérêt à s'intégrer au groupe et est capable de fonctionner en moyen groupe avec accompagnement.
- L'enfant agit de manière à ne pas compromettre sa sécurité et celle des autres.

DIAGNOSTIC ET BESOINS PARTICULIERS

Quelle est la nature de la ou des problématique(s) motivant la demande d'accompagnement :

<input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle	<input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Sévère Précisez :
<input type="checkbox"/> Trouble du spectre de l'autisme (TSA)	Précisez si anciennement, Asperger, TED-NS, ou autre :
<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"/> Expression <input type="checkbox"/> Compréhension <input type="checkbox"/> Mixte Précisez :
<input type="checkbox"/> Trouble déficitaire de l'attention (TDA/TDAH)	<input type="checkbox"/> Avec hyperactivité <input type="checkbox"/> Sans hyperactivité Précisez :
<input type="checkbox"/> Santé mentale	<input type="checkbox"/> Anxiété <input type="checkbox"/> Trouble de l'attachement <input type="checkbox"/> TOC <input type="checkbox"/> Dépression <input type="checkbox"/> Autres, précisez :
<input type="checkbox"/> Trouble du comportement	<input type="checkbox"/> Opposition <input type="checkbox"/> Agressivité <input type="checkbox"/> Passivité <input type="checkbox"/> Autres, précisez :
<input type="checkbox"/> Diabète	Précisez :
<input type="checkbox"/> Épilepsie	Précisez :
<input type="checkbox"/> Autre(s) (Trisomie 21, etc.)	Précisez :

Autres informations à propos de votre enfant dont vous aimeriez nous faire part (ex : changement important dans la vie de famille, préoccupations particulières, etc.) :

Quel est le ratio demandé pour votre enfant cet été ?

- 1 accompagnateur pour 1 enfant
- 1 accompagnateur pour 2 enfants
- 1 accompagnateur pour 3 enfants

Signature et autorisation du parent ou tuteur

J'autorise les personnes directement impliquées dans la gestion du programme de soutien à contacter les personnes ressources dont les coordonnées sont mentionnées dans ce formulaire et dans le diagnostic, et ce, afin d'obtenir des renseignements complémentaires.

Je m'engage à informer le personnel de tout changement pouvant avoir un impact sur la participation de mon enfant au camp de jour.



Signature du parent

Date

Veillez joindre l'évaluation diagnostique et le rapport du professionnel au courriel. Merci de votre collaboration !

* L'acceptation de votre enfant dans le programme de soutien à l'inclusion se fera à la suite d'une rencontre avec le personnel, l'enfant et les parents. Un membre de notre équipe communiquera avec vous pour prendre RDV et la confirmation de son inscription se fera d'ici le _____.

Merci de votre collaboration !