



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 contacter autre que les parents			
Nom : _____		Numéro de téléphone : _____	
Lien avec l'enfant : _____			

Semaine(s) de camp souhaitée(s)	
<input type="checkbox"/> Semaine du 22 au 26 juin	<input type="checkbox"/> Semaine du 29 au 3 juillet
<input type="checkbox"/> Semaine du 13 au 17 juillet	<input type="checkbox"/> Semaine du 20 au 24 juillet
<input type="checkbox"/> Semaine du 3 au 7 aout	<input type="checkbox"/> Semaine du 10 au 14 aout
<input type="checkbox"/> Semaine du 6 au 10 juillet	<input type="checkbox"/> Semaine du 27 au 31 juillet



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"/>	
Commentaires :			
<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"/>		
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"/>		
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"/>		
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"/>		
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"/>		





Commentaire d'un professionnel intervenant auprès de l'enfant

Veillez noter que toutes les informations contenues dans ce questionnaire sont de nature confidentielle. Vos réponses nous serviront à assurer l'équation accompagnateur-enfant et à jumeler des enfants semblant pouvoir fonctionner ensemble. Veillez également noter que parfois toutes les semaines souhaitées ne pourront être acceptées afin de permettre à un plus grand nombre de famille de bénéficier d'un service d'accompagnement pour leur enfant.