# logo2Fiche d’identification

Date :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| IDENTIFICATION de l’enfant | | | | | | | | |
| **Nom:** |  | **Prénom:** | | | | |  | |
| **Date de naissance :** |  | **Grandeur de chandail :** | | | | |  | |
| **Numéro d’assurance maladie :** |  |  | | | | |  | |
|  | | | | | | | | |
| iDENTIFICATION Du premier PARENT (TOUS LES REÇUS, RELEVÉS ET FACTURES SERONT PRODUITS AU NOM DU PREMIER PARENT) | | | | | | | | |
| **Père**   **Mère**  **Autre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | |  | | |
| **Nom :** | | | | | |  | | |
| **Numéro de téléphone : (Spécifier, si applicable, à quel moment vous êtes rejoignables aux différents numéros) :**  Domicile :  Cellulaire  Travail : | | | | | |  | | |
| **Adresse courriel :** | | | | | |  | | |
| **Adresse civile :**  Numéro de porte et rue :  Ville, province :  Code postal : | | | | | |  | | |
| iDENTIFICATION Du DeuxiÈme PARENT | | | | | | | | |
| **Père**   **Mère**  **Autre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | |  | | |
| **Nom :** | | | | | |  | | |
| **Numéro de téléphone (Spécifier, si applicable, à quel moment vous êtes rejoignables aux différents numéros) :**  Domicile :  Cellulaire  Travail : | | | | | |  | | |
| **Adresse courriel :** | | | | | |  | | |
| **Adresse civile :**  Numéro de porte et rue :  Ville, province :  Code postal : | | | | | |  | | |
| SANTÉ | | | | | | | | |
| Allergies ou autres informations d’ordre physique ou médical (épilepsie, orthèses, etc.) : | | |  | | | | |  |
|  | | | | | | | | |
| Comportement | | | | | | | | |
| A-t-il des troubles de comportement ? OUI   NON | | | | | |  | | |
| Si oui, expliquez ? | | | | |  | | | |
| A-t-il des habitudes particulières ou manies qui ne doivent pas être acceptées ? OUI   NON | | | | | |  | | |
| Si oui, lesquelles ? | | | | | |  | | |
| Quel(s) comportement(s) adopte-t-il envers…  Un adulte :  Un enfant :  Un groupe : | | | |  |  | | | |
| Est-il éveillé à la sexualité ? OUI   NON | | | |  |  | | | |
| Si oui, comment cela se manifeste-t-il ? | | | |  |  | | | |
| Votre enfant est-il : Droitier   Gaucher | | | |  |  | | | |
|  | | | | | | | | |
| communication | | | | | | | | |
| Votre enfant communique Verbalement   Par signes  Par pictogrammes  SACCAD | | | | | | | | |
| Avec un outil de communication spécifique (précisez) : |  | | | | |  | | |
| Utilisez-vous des renforçateurs avec votre enfant ? | OUI   NON | | | | | | | |
| Si oui, lesquels et à quel moment les utilisez-vous ? |  | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Autonomie | | | |
| Votre enfant peut-il accomplir les tâches suivantes de façon autonome ?  Encerclez le chiffre approprié selon l’échelle suivante. | | | |
| Échelle : 1 = Oui, complètement autonome  2 = A besoin de rappel  3 = A besoin d’aide verbal  4 = A besoin d’aide physique | | | |
| Aller à la toilette 1 2 3 4 | | | |
| Changer sa serviette sanitaire (si applicable) 1 2 3 4 | | | |
| Se laver les mains 1 2 3 4 | | | |
| S’habiller / se déshabiller 1 2 3 4 | | | |
| Mettre ses chaussures 1 2 3 4 | | | |
| Attacher ses chaussures 1 2 3 4 | | | |
| Manger 1 2 3 4 | | | |
| Quel(s) ustensile(s) utilise-t-il ? Cuillère   Fourchette  Couteau | | | |
| Peut-il reconnaître ses effets personnels ? Oui  Non | | | |
| Porte-t-il des couches ? Oui  Non | | | |
| Autre (précisez) : |  |  | |
| J’autorise Défie Toi à accompagner mon enfant pour l’une ou l’autre des situations précédemment listées. | Signature du parent ou tuteur :  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  |

|  |
| --- |
| ACTIvitÉs |
| Quelles sont ses activités préférées ? |
| Quelles sont les activités problématiques ? |
| Aime-t-il se baigner ? OUI   NON |
| A-t-il peur de l’eau ? OUI   NON |
| Sait-il nager? OUI   NON |
| A-t-il besoin d’un gilet de sauvetage ? OUI   NON |
| Lors de promenades, a-t-il besoin qu’on lui tienne constamment la main ? OUI   NON |
| A-t-il conscience du danger ? OUI   NON |
| Quels sont les différents objectifs travaillés à l’école ou avec les autres professionnels ? |

|  |
| --- |
| A-t-il une médication à prendre à la maison ? OUI   NON |
| Si oui, quel effet a-t-elle sur l’enfant ? Est-ce qu’elle cause des effets secondaires ? |
| A-t-il une médication à prendre sur les heures de camp ? OUI   NON |
| Si oui, quel effet a-t-elle sur l’enfant ? Est-ce qu’elle cause des effets secondaires ? |

|  |
| --- |
| Votre enfant a-t-il tendance à s’éloigner du groupe spontanément (fuguer) ? OUI   NON |
| A-t-il tendance à adopter des comportements agressifs envers les adulte ou les autres enfants ? OUI   NON |
| Dans quelles circonstances ces comportements peuvent-ils arriver ? Quelles en sont les manifestations ? |

|  |
| --- |
| Autres informations pertinentes (ex : intervention à privilégier en cas de crise, phobies ou craintes, etc.) : |
| J’autorise Défie Toi à appliquer de l’insectifuge (appartenant au camp) à mon enfant s’il n’en a pas en sa possession. Signature du parent : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| J’autorise Défie Toi à appliquer de la crème solaire (appartenant au camp) à mon enfant s’il n’en a pas en sa possession. Signature du parent : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| besoins SPÉCIFIQUES | | | |
| **A-t-il un/des diagnostic(s) officiel(s) (posé par un neuropsychologue ou autre spécialiste) ?**  OUI   NON |  | | |
| Si oui, le(s)quel(s)? | | |  |
| **Si non, est-il en processus d’obtention d’un/de plusieurs nouveau(x) diagnostic(s)?** OUI   NON |  | | |
| Si oui, le(s)quel(s) ? |  | | |
| **SELON LES PARTICULARITÉS DE VOTRE ENFANT, PLACEZ CHACUN DES ÉLÉMENTS SUIVANTS EN ORDRE DE 1 À 5**  1 étant le plus important à travailler selon vous, 5 étant le moins important à travailler selon vous. Si vous pensez à une difficulté autre, l’inscrire sur la ligne prévue à cet effet, puis l’inclure dans un ordre de 1 à 6. | |  |  |
| **Gestion des émotions** Priorité # \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Précisez : | |  |  |
| **Agitation motrice importante (besoin de bouger)** Priorité # \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Précisez : | |  |  |
| **Motricité globale et/ou motricité fine** Priorité # \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Précisez : | |  |  |
| **Compréhension et expression du langage** **verbal**  Priorité # \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Précisez : | |  |  |
| **Socialisation (dans une perspective d’intégration dans un groupe** Priorité # \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **de camp de jour régulier)**  Précisez : | |  |  |
| **Autre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_ Priorité # \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Précisez : | |  |  |
| **AUTORISATION DE COMMUNICATION** | |  |  |
| **J’autorise les Élisabeth Arseneault-Duquet et Valériane Côté-Lemay (coordonatrices du camp de jour Défie Toi) à communiquer avec les spécialistes figurants sur la liste ci-dessous pour toutes questions relatives au fonctionnement de votre enfant.**  **Signature d’un parent : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | |  |  |

|  |
| --- |
| Si oui, le(s)quel(s) (cochez): |
| Enseignante  Nom de l’école :  Nom de l’enseignante :  Téléphone :  Courriel : |
| Psychoéducateur    Nom :  Téléphone :  Courriel : |
| Psychologue/Neuropsychologue    Nom :  Téléphone :  Courriel : |
| Orthophoniste  Nom :  Téléphone :  Courriel : |
| Ergothérapeute    Nom :  Téléphone :  Courriel : |
| Travailleur social    Nom :  Téléphone :  Courriel : |
| Orthopédagogue    Nom :  Téléphone :  Courriel : |
| Technicien en éducation spécialisée    Nom :  Téléphone :  Courriel : |
| Autre :  Nom :  Titre :  Téléphone :  Courriel : |

**Projet Nature Hiver**

Date :

|  |
| --- |
| Formulaire pour les membres |
| Dates choisies (congé 16 février 2019 et 9 mars 2019) : |
| 12 janvier 2019  19 janvier 2019  26 janvier 2019  2 février 2019 |
| 9 février 2019  23 février 2019  2 mars 2019  16 mars 2019 |
| **\*\*\*PAIEMENT TOTAL DÛ LE MATIN DE LA PREMIÈRE JOURNÉE DE L’ENFANT (CHÈQUE OU COMPTANT)\*\*\*** |

**Autorisation d’utilisation du matériel visuel**

Par la présente, j’autorise Défie Toi à utiliser tout le matériel visuel (photographies et vidéos) à des fins, de publicité, de publication (sur notre site web et notre page facebook), de sensibilisation et de formation.

Nom de l’enfant : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom d’un parent : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature du parent : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DÉCLARATION ET ENGAGEMENT DU PARTICIPANT/ DECLARATION & COMMITMENT OF PARTICIPANT**

Acceptation des risques

Je connais la nature de l’activité et le genre d’événements organisés par Défie Toi,lesquels comportent certains dangers.

Je reconnais et accepte donc qu’en participant à ces activités, je m’expose à des risques sérieux de blessures, lesquelles peuvent être graves, voire même mortelles.

Je reconnais et accepte que c’est en toute connaissance de ces importants risques et dangers que j’ai choisi d’accéder au site et/ou de participer aux activités deDéfie Toi.

Renonciation à tous recours pour dommages matériels

En plus de mon acceptation des risques, je renonce à exercer tout recourt pour tout dommage matériel que je pourrais subir lors de ma présence sur le site ou de ma participation à l’un ou plusieurs des événements sanctionnés par Défie toi, que ces dommages matériels soient causés par un accident, par la faute d’un tiers ou autrement. La présente renonciation bénéficie à Défie toi, ses administrateurs, ses employés, ses membres, ses successeurs et ayants droits ainsi qu’aux promoteurs, participants, opérateurs de pistes, propriétaires de pistes, officiels, personnel de sauvetage, commanditaires, annonceurs, ou toute autre personne physique ou morale ayant participé à la réalisation de l’activité, à sa mise en place, ou à sa promotion. ET J’AI SIGNÉ LA PRÉSENTE DÉCLARATION LIBREMENT ET EN TOUTE CONNAISSANCE DE CAUSE.

Assumption of Risks

I am aware of the nature of the activity and the type of events which are organized by Challenge You, which involve certain dangerous conditions.

I therefore acknowledge and accept that in taking part in the activities, I expose myself to risks of serious injuries or even death.

I acknowledge and accept that I am fully aware of those serious risks and dangers and, notwithstanding said knowledge, I have elected to access the site and/or participate in the activities of Challenge You.

Waiver of Recourse for Property Damage

In addition to assuming the risks, I hereby waive any recourse for property damage that I may sustain during my presence on the site or my participation in one or several of the activities sanctioned by Challenge You, regardless of whether said property damages are caused by an accident, through the fault or negligence of a third party or the League. The present waiver inures to the benefit of Challenge You, its directors, employees, members, successors and assigns, as well as the promoters, participants, track operators, track owners, officials, rescue personnel, sponsors, announcers, or any other person or organization having participated in the production of the activity, its setting up or its promotion. AND I HAVE SIGNED THIS DECLARATION FREELY AND KNOWINGLY.

Signature du participant/ Signature of the Participant Date

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom en lettre moulée/ Printed Participant Name

Participant mineur ou en situation d’inaptitude / Minor participants or considered as **an incapable person**

Signature du parent ou tuteur/ Parent’s or tutor’s signature Date

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom du parent en lettres moulées/ Printed parent Name Nom du participant en lettre moulée/ Printed Participant Name