



## INFORMATIONS PERSONNELLES ET DEMANDES D'AUTORISATION

### Fiche de renseignements

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

Oui, c'est la première fois que je m'inscris à l'APED

Nom et prénom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_ Sexe : F  M

Diagnostic de l'enfant : \_\_\_\_\_

Mère ou tutrice de l'enfant

Père ou tuteur de l'enfant

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

Tél. (maison) : \_\_\_\_\_

Tél. (maison) : \_\_\_\_\_

Tél.(cellulaire): \_\_\_\_\_

Tél.(cellulaire): \_\_\_\_\_

Autre (précisez) : \_\_\_\_\_

Autre (précisez) : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Nom du parent payeur : \_\_\_\_\_

Numéro d'assurance sociale du parent payeur : \_\_\_\_\_ (aux fins d'impôts)

Les parents seront toujours les premiers contactés, mais **2 autres numéros sont requis en cas de besoin.**

#### Coordonnées en cas d'urgence

**Quelqu'un qui possède un véhicule et qui est apte à venir chercher l'enfant en cas de besoin**

Nom et prénom : \_\_\_\_\_ Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_ Cell. : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_ Cell. : \_\_\_\_\_

Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_ Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

L'enfant habite avec...

Ses deux parents  Sa mère  Son père  Garde partagée  Famille d'accueil

Est-ce qu'un des deux parents à une interdiction de contact avec l'enfant ? OUI  NON

Si oui, lequel : Mère  Père

*Joindre une copie de l'ordonnance de la cour.*



## IMPORTANT!

Le présent formulaire vise à mieux connaître votre enfant et son environnement. Afin de pouvoir orienter nos interventions en fonction des besoins de votre enfant, nous vous demandons donc de répondre avec **le plus d'exactitude possible**.

Recevez-vous des services du CLSC, de l'hôpital, du CRDI ou du CMR? OUI  NON

*Si oui, indiquez le nom du/des professionnels qui s'occupent de votre enfant et ses coordonnées*

Nom : \_\_\_\_\_ Fonction : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_ Ext. : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Fonction : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_ Ext. : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Fonction : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_ Ext. : \_\_\_\_\_

SVP Nous fournir une copie du/des documents concernant les interventions à prioriser avec votre enfant ou tout autres matériels ou rapports pertinents.

## FICHE DE SANTÉ

Votre enfant a-t-il des problèmes d'ordre : respiratoire cardiaque  
épileptique digestif

Précisez : \_\_\_\_\_

Souffre-t-il d'allergies? :  alimentaires  médicaments  piqûres d'insectes

De quel type : \_\_\_\_\_

Interventions : \_\_\_\_\_

Epipen

Nécessite t-il une surveillance particulière ?  oui  non

Précisez : \_\_\_\_\_

Porte t-il des :  orthèses  prothèses  appareils auditifs  
 lunettes  autre :

Précisez : \_\_\_\_\_

Votre enfant a-t-il des intolérances alimentaires ou une diète particulière ?

Précisez : \_\_\_\_\_

Votre enfant a-t-il des craintes ou des phobies ?  oui  non

Précisez : \_\_\_\_\_

Votre enfant est-il conscient du danger ?  oui  non

Précisez : \_\_\_\_\_



## Comportement

### Contexte familial

Comment votre enfant fonctionne-t-il à la maison ? (avec les frères et sœurs, face à l'autorité, dans la routine, etc.)

---

---

---

---

---

### Contexte scolaire

Comment votre enfant fonctionne-t-il à l'école ? (niveau d'encadrement, soutien requis, etc.)

---

---

---

---

---

École fréquentée : \_\_\_\_\_ Niveau : \_\_\_\_\_

Type de classe :

- |                                    |  |  |
|------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Régulière | <input type="checkbox"/> Troubles de comportement  | <input type="checkbox"/> Troubles d'apprentissages |
| <input type="checkbox"/> Kangourou | <input type="checkbox"/> Phénix (psychopathologie) | <input type="checkbox"/> Autre _____               |

### En général

Est-ce que votre enfant peut se montrer agressif physiquement...

- |                           |                              |                              |
|---------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Envers les autres enfants | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| Envers les adultes        | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |

*Si oui, décrivez-nous les situations où cela se produit (éléments déclencheurs, comportements):*

---

---

---

---

Est-ce que votre enfant peut démontrer des comportements d'automutilation ? OUI  NON

*Si oui, décrivez-nous les situations où cela se produit :*

---

---

---

---



Quel(s) comportement(s) votre enfant adopte-t-il ...

	Timide, peu d'interactions	Attire l'attention	Oppositions / disputes fréquentes	Bonne relation	Autre (précisez)
En groupe					
Avec un adulte					
Avec un enfant					

Est-ce qu'il y a des situations ou des activités que votre enfant ne peut tolérer ? OUI  NON

*Si oui, préciser :*

---

---

---

---

---

---

---

---

Votre enfant est-il éveillé à la sexualité ?..... OUI  NON

*Si oui, comment cela se manifeste-t-il?*

---

---

---

---

---

Votre enfant est-il à risque de faire des fugues ? OUI  NON

### Communication

Votre enfant communique...  verbalement  par signes  par pictogrammes

Votre enfant a-t-il des particularités au niveau du langage?.....OUI  NON

*Si oui, expliquer :*

---

---

---

---

---

---



**Autonomie**

Votre enfant peut-il accomplir les tâches suivantes de façon autonome ?  
Encercler le chiffre approprié selon l'échelle suivante.

ÉCHELLE :      1= Oui, complètement autonome  
                     2= A besoin de rappel  
                     3= A besoin d'aide verbale  
                     4= A besoin d'aide physique

- Aller à la toilette, changer de serviette hygiénique : .....1    2    3    4
- Se laver les mains, brosser ses dents : .....1    2    3    4
- S'habiller, se déshabiller, lacer ses souliers : .....1    2    3    4
- Manger : .....1    2    3    4

**Activité**

Quelles sont ses activités préférées ?

---

---

---

---

Quelles sont les activités problématiques ?

---

---

---

Est-ce que votre enfant s'adapte facilement aux changements ?..... OUI     NON

*Si non, comment réagit-il ?*

---

---

---

---

Votre enfant ...

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



## Sensoriel

Votre enfant réagit-il de façon exagérée aux bruits forts ou agressants ? ..... OUI  NON

*Si oui, à quel type de bruit réagit-il et comment :*

---

---

---

*Que pouvons-nous faire pour prévenir la situation :*

---

---

Votre enfant a-t-il de la difficulté à entrer physiquement en contact avec les autres (ne tolère pas qu'on le touche, est brusque, contrôle mal sa force, etc.)? ..... OUI  NON

*Si oui, comment cela se manifeste :*

---

---

---

*Que pouvons-nous faire pour aider votre enfant :*

---

---

---

Votre enfant a-t-il de la difficulté à manger certains aliments ? ..... OUI  NON

*Si oui, lesquels :*

---

---

---

Votre enfant a-t-il des difficultés au niveau visuel (myopie, résidus visuel, difficulté avec l'intensité de la lumière, daltonisme, sur-stimulation visuelle etc.) ..... OUI  NON

*Si oui, décrivez les difficultés :*

---

---

---

---

*Comment pouvons-nous l'aider :*

---

---

---

---



### Interventions particulières

Intervention nécessaire lors d'une situation de crise (désorganisation) :

---

---

---

Votre enfant peut-il nécessiter une intervention physique en cas de crise ? ..... OUI  NON

Autres renseignements importants concernant mon enfant :

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### Sommeil

Votre enfant peut-il s'endormir...

- Seul(e) dans une chambre ?..... OUI  NON
- À plusieurs dans la même chambre ?..... OUI  NON

Est-ce que votre enfant a peur du noir ? ..... OUI  NON

Votre enfant a-t-il un trouble du sommeil ?..... OUI  NON   
(Somnambulisme, énurésie (pipi au lit), terreur nocturne, attaque de panique, autres.)

*Si oui préciser :*

---

---

---



## AUTORISATION D'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS PRESCRITS ET NON PRESCRITS

PRÉNOM : \_\_\_\_\_ NOM : \_\_\_\_\_

### **IMPORTANT (pour des raisons de sécurité)**

1. Tous les médicaments prescrits doivent être remis au responsable du camp **dans une dosette préparée par la pharmacie. Les dosettes maison ne seront pas acceptées.**
2. En cas de modification concernant la médication de votre enfant (dosage, moment d'administration ou autre), un autre formulaire d'autorisation devra être complété.

### **MÉDICAMENT #1**

Nom sur l'étiquette : .....

Posologie (dosage) : .....

Moment de l'administration : .....

Effets secondaires possibles : .....

Mode de conservation :            Réfrigéré            Température de la pièce

### **MÉDICAMENT #2**

Nom sur l'étiquette : .....

Posologie (dosage) : .....

Moment de l'administration : .....

Effets secondaires possibles : .....

Mode de conservation :            Réfrigéré            Température de la pièce

### **MÉDICAMENT #3**

Nom sur l'étiquette : .....

Posologie (dosage) : .....

Moment de l'administration : .....

Effets secondaires possibles : .....

Mode de conservation :            Réfrigéré            Température de la pièce

**Par la présente, j'autorise un membre de l'équipe d'animation à administrer à mon enfant le/les médicaments ci-haut mentionnés.**

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

\_\_\_\_\_  
Date





Ajouter toute autre information que vous jugez pertinente à nous transmettre.

Lined area for providing additional information, consisting of 30 horizontal lines.