



# CAMP DE JOUR DE KIRKLAND

## Formulaire du participant – Programme d'accompagnement

### Description du participant

Prénom: \_\_\_\_\_ Nom: \_\_\_\_\_  
Nom du parent : \_\_\_\_\_ Téléphone maison : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Date de naissance: \_\_\_\_\_ (Jour-Mois-Année) Garçon:  Fille:   
Nombre de semaines d'accompagnement désirées : \_\_\_\_\_

### Disponibilité : (SVP cocher toutes les semaines qui s'appliquent)

<input type="checkbox"/> <b>Semaine 1:</b> 25 au 28 juin (relâche 24 juin)	<input type="checkbox"/> <b>Semaine 3:</b> 8 au 12 juillet	<input type="checkbox"/> <b>Semaine 6:</b> 29 juillet au 2 août
<input type="checkbox"/> <b>Semaine 2:</b> 2 au 5 juillet (relâche 1 <sup>er</sup> juillet)	<input type="checkbox"/> <b>Semaine 4:</b> 15 au 19 juillet	<input type="checkbox"/> <b>Semaine 7:</b> 5 au 9 août
	<input type="checkbox"/> <b>Semaine 5:</b> 22 au 26 juillet	<input type="checkbox"/> <b>Semaine 8:</b> 12 au 16 août

### 1. Identification du handicap

Auditif  Intellectuel  Physique  Autisme  Visuel  Problème de santé mentale   
Trouble envahissant du développement  Trouble du langage et de la parole  Autres : \_\_\_\_\_

### 2. Information spécifique

**2.1 Langage utilisé:** Parlé  Non verbal  Gestuel  Appareil de communication

#### 2.2 Compréhension:

Votre enfant se fait comprendre: Facilement  Difficilement   
Votre enfant comprend: Facilement  Difficilement

#### 2.3 Votre enfant a besoin d'aide pour :

Manger / Boire  S'habiller  Soins personnels  Autres : \_\_\_\_\_

#### 2.4 Déplacements

Votre enfant se déplace seul: Oui  Non

#### 2.5 Problèmes de santé particuliers:

Votre enfant a-t-il des problèmes de santé nécessitant une intervention de l'accompagnateur?  
Oui  Non  Si oui, lesquels?  
Diabète  Difficultés respiratoires  Allergies  Épilepsie  Autres: \_\_\_\_\_

#### 2.6 Comportement:

Votre enfant a-t-il des problèmes de comportement? Oui  Non   
Si oui, de quelle nature?  
Agressivité envers lui-même  Agressivité envers les autres  Problème de fugue   
Opposition occasionnelle  Opposition régulière  Autres: \_\_\_\_\_

#### 2.7 Habiletés aquatiques

Est-ce que votre enfant a peur de l'eau ? Oui  Non   
Votre enfant sait-il nager? Oui  Non

#### 2.8 Expérience de groupe

Votre enfant a déjà fréquenté un camp de jour? Oui  Non   
Votre enfant fréquente-t-il une école spécialisée? Oui  Non  Laquelle : \_\_\_\_\_  
Votre enfant a-t-il un accompagnateur en milieu scolaire? Oui  Non   
Votre enfant peut-il partager l'accompagnateur avec un autre enfant? Oui  Non

### 2.8 Veuillez nous faire part de tout autre renseignement dont nous devrions être mis au courant (tendances, comportements, activités à favoriser ou à éviter)

(Veuillez utiliser le verso si nécessaire)



# KIRKLAND DAYCAMPS

## Special Needs Questionnaire

### Identification of child

First name: \_\_\_\_\_ Last Name: \_\_\_\_\_  
Birth date: \_\_\_\_\_ (Day-Month-Year) Male:  Female:   
Name of parent: \_\_\_\_\_ Home phone number: \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_  
Number of requested weeks: \_\_\_\_\_

### Availability: (please check all applicable weeks)

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> <b>Week 1:</b> June 25 to June 28 (no camp June 24) | <input type="checkbox"/> <b>Week 3:</b> July 8 to 12  | <input type="checkbox"/> <b>Week 6:</b> July 29 to August 2 |
| <input type="checkbox"/> <b>Week 2:</b> July 2 to 5 (no camp July 1)         | <input type="checkbox"/> <b>Week 4:</b> July 15 to 19 | <input type="checkbox"/> <b>Week 7:</b> August 5 to 9       |
|  | <input type="checkbox"/> <b>Week 5:</b> July 22 to 26 | <input type="checkbox"/> <b>Week 8:</b> August 12 to 16     |

### 1. Incapacity

Hearing Impairment  Intellectual  Physical  Autism  Visual  Developmental   
Speech impairment  Mental Health  Behavioural  Other: \_\_\_\_\_

### 2. Specific information

**2.1 Language used:** Verbal  Non verbal  Sign language  Communication board   
French  English  Notes: \_\_\_\_\_

**2.2 Comprehension:**  
Your child can be understood: Easily  Difficultly   
Your child understands: Easily  Difficultly

**2.3 Your child needs help with the following:**  
Eating/Drinking  Getting dressed  Personal hygiene  Other: \_\_\_\_\_

**2.4 Mobility**  
Your child has mobility restrictions: Yes  No   
Please specify: \_\_\_\_\_

**2.5 Medical conditions:**  
Does your child suffer from any of the following?  
Diabetes  Breathing difficulties  Allergies  Epilepsy   
Other: \_\_\_\_\_

**2.6 Behaviour:**  
Does your child have behaviour problems? Yes  No  If yes, of what nature?  
Aggressiveness towards themselves  Aggressiveness towards others   
Oppositional  Wanders from group   
Other: \_\_\_\_\_

**2.7 Swimming abilities**  
Is your child afraid of the water? Yes  No   
Does your child know how to swim? Yes  No

**2.8 Group experience**  
Has your child ever attended a day camp? Yes  No   
Is your child attending a specialized school? Yes  No  Name of school: \_\_\_\_\_  
Does your child have a companion at school? Yes  No   
Can your child share a companion with another child? Yes  No

**2.9 Please provide any other important information concerning your child for us to be aware of (behaviour, tendencies, etc.)** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_