

**CAMP DE JOUR « FOLIES D'ÉTÉ »
VILLE DE RIGAUD**

GUIDE D'INSCRIPTION AU PROGRAMME D'ACCOMPAGNEMENT EN LOISIR /2026

Pour être admissible au service offert, le présent document doit être rempli et signé par un intervenant d'un organisme reconnu.

Veillez retourner ce formulaire selon l'une des options suivantes :

- **en le déposant au service des loisirs** de Rigaud, au 102, rue Saint-Pierre, Rigaud, dans une enveloppe sur laquelle vous écrirez : Programme d'accompagnement en loisir
- **par courriel** à l'adresse suivante : animation@ville.rigaud.qc.ca
- **par courrier postal** à l'adresse mentionnée ci-haut.

Conditions d'admissibilité

- Résider de façon permanente sur le territoire de Rigaud, Pointe-Fortune ou Très-Saint-Rédempteur.
- Être âgé entre 4* et 12 ans (* âge calculé au 30 septembre de l'année précédente).
- Vivre avec une incapacité requérant des besoins particuliers;
- Être recommandé par un organisme reconnu (CSSS de Vaudreuil-Soulanges ou autres).
- Fournir un portrait réel des besoins de l'enfant de concert avec son intervenant.
- Être approuvé par les Services des loisirs, de la culture et du tourisme de Rigaud qui analyseront les demandes faites au programme d'accompagnement.
- Aller dans une école spécialisée ou avoir un accompagnateur attitré à l'école.

Note :

Satisfaire à ces conditions ne donne pas automatiquement droit au programme d'accompagnement. La Ville de Rigaud détermine si la personne est admissible au programme à partir des renseignements fournis par les parents ou tuteurs et par les professionnels. Suite à la réponse de la ville, le parent devra suivre la procédure pour l'inscription de son enfant au camp de jour et au service de garde.

Date limite pour s'inscrire : **le plus rapidement possible et au plus tard le 15 mai 2026**

INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES :

Les heures d'ouverture : Camp de jour (sans service de garde) sont de 9 h à 16 h.

Service de garde : 7 h à 9 h et de 16 h à 18 h.

Veillez cocher les journées où vous souhaitez l'accompagnement pour votre enfant.

Semaine/Date		Présent	Absent	Service de garde AM	Service de garde PM
Semaine 1	29 juin au 3 juillet				
Semaine 2	6 au 10 juillet				
Semaine 3	13 au 17 juillet				
Semaine 4	20 au 24 juillet				
Semaine 5	27 au 31 juillet				
Semaine 6	3 au 7 août				
Semaine 7	10 au 14 août				

Service de transport

Il est important de noter qu'aucun service de transport adapté ne sera offert ni remboursé par la Ville de Rigaud.

Politique d'absentéisme

Nous vous demandons d'informer le camp de jour de toute absence de l'enfant la veille. Vous comprendrez que l'accompagnateur de votre enfant se déplacera et devra être rémunéré, si nous ne sommes pas avisés.

Si cette situation se produisait, des frais de 30 \$ devront vous être facturés, à chaque absence non-motivée.

CAMP DE JOUR FOLIES D'ÉTÉ

Formulaire d'inscription – Renseignements Généraux *Remplir un (1) formulaire par enfant*

RENSEIGNEMENTS – ENFANT

Nom de l'enfant :			Sexe de l'enfant :	☐ Masculin	☐ Féminin
Adresse :			Langue(s) :	☐ Français	☐ Anglais
	No	Rue		autre(s):	
Pour urgences :	Ville		Code postal	Âge :	
				Date naissance: année-mois-jour	
	/		Ass. Maladie :		
	Nom		téléphone	Expiration :	
	Nom		téléphone	Degré de scolarité :	

Expériences antérieures Votre enfant a-t-il déjà reçu des services dans le cadre d'un camp de jour ☐ Oui ☐ Non	
Nom de l'endroit	Date(s) de fréquentation
Ami(es) au camp lors du séjour? ☐ Oui ☐ Non	
Nom :	Âge : Lien :
Nom :	Âge : Lien :
Type d'incapacité(s) ☐ Audition ☐ Motricité ☐ Langage ☐ Vision ☐ Déficience intellectuelle ☐ Retard global de développement ☐ Trouble dans le spectre de l'autisme (TSA) ☐ Problème de santé mentale : ☐ Autres – spécifiez :	
Communication et Audition Langage expressif ☐ parole ☐ pictogrammes ☐ gestes ☐ tableau de communication ☐ autres : Bonne audition ☐ oui ☐ non Port d'appareils auditifs ☐ oui ☐ non Compréhension fonctionnelle ☐ oui ☐ non Habilités à se faire comprendre ☐ oui ☐ non Précisez :	Condition physique et santé Taille : Poids : Problèmes particuliers: ☐ oui ☐ non ☐ allergie sévère ☐ problème respiratoire grave ☐ épilepsie ☐ problème cardiaque ☐ diabète ☐ problème digestif ☐ autre(s): Nécessité d'intervention particulière de l'accompagnateur : Précisez :
Vision Port de verres correcteurs ☐ oui ☐ non	Atypies sensorielles ☐ audition ☐ toucher ☐ vision ☐ mouvements ☐ bouche Précisez les manifestations :
Motricité Aide requise : ☐ manipuler des objets ☐ transporter des objets Équipements: ☐ orthèses ☐ prothèses ☐ casque protecteur Précisez :	Risques à la sécurité ☐ chutes ☐ étouffements ☐ pas à l'aise dans l'eau ☐ autres - précisez :
Alimentation Aide requise : Manger : ☐ oui ☐ non Boire : ☐ oui ☐ non Besoins particuliers pour l'alimentation: Diète spéciale - Précisez :	Comportement Problèmes de comportement ☐ oui ☐ non ☐ agressivité envers soi ☐ agressivité envers autrui ☐ opposition constante ☐ résistance aux changements ☐ anxiété ☐ hyperactivité ☐ inconscience du danger ☐ fugue ☐ crises ☐ obsessions ☐ comportements sexuels ☐ manipulation d'excréments ☐ automutilation ☐ autre : Précisez :
Habillage Aide requise pour l'habillage ☐ oui ☐ non Précisez :	Activités préférées et intérêts particuliers Précisez : Durée moyenne :
Déplacements Matériel utilisé pour la locomotion: ☐ aucun ☐ marchette ☐ poussette adaptée ☐ fauteuil roulant ☐ autre : Aide requise pour les déplacements : à l'intérieur ☐ oui ☐ non à l'extérieur ☐ oui ☐ non transferts ☐ oui ☐ non Précisez :	Interventions requises ☐ rappel des consignes ☐ stimulation à la participation ☐ aide pour l'orientation ☐ assistance directe ☐ aide pour les transitions ☐ surveillance constante Précisez :
Soins personnels Aide requise : ☐ soins d'hygiène ☐ toilette ☐ incontinence Précisez :	Médication ☐ oui ☐ non Prise de médication: ☐ avec assistance ☐ sans assistance Précisez :

AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES AVEC LE BESOIN D’ACCOMPAGNEMENT

Doit-il être accompagné dans ses activités au camp? ☐ oui ☐ non Ratio suggéré : _____ (1/1, 1/2 etc.)

Quelles sont vos attentes vis-à-vis le camp de jour de Rigaud ? _____

RENSEIGNEMENTS – PÈRE, MÈRE OU TUTEUR

☐ Mère ☐ Père ☐ Tuteur légal	☐ Mère ☐ Père ☐ Tuteur légal
☐ Français ☐ Anglais	☐ Français ☐ Anglais
Nom et prénom :	
Adresse :	
Téléphone résidentiel :	Code postal
Téléphone au travail :	
Téléphone cellulaire :	
Courriel :	
NAS (pour relevé 24) :	

PERSONNES AUTORISÉES À PARTAGER DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS – SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX / RÉADAPTATION

INTERVENANT(S) – nom et no de téléphone	Centres de santé et services sociaux (CSSS)
	☐ CSSSVS (Centre de santé et services sociaux de Vaudreuil-Soulanges)
	☐ autre CSSS :

INTERVENANT(S) – nom et no de téléphone	CENTRES DE RÉADAPTATION RÉGIONAUX
	☐ CMR (Centre montréalais de réadaptation)
	☐ SRSOR (Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement)
	☐ INLB (Institut Nazareth et Louis-Braille)

INTERVENANT(S) – nom et no de téléphone	AUTRES ÉTABLISSEMENTS
	☐ Centre hospitalier :
	☐ Établissement scolaire spécialisé :
	☐ Autre :

PERSONNES AUTORISÉES À PARTAGER DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS – SCOLAIRE

Nom de l’école : _____

No de téléphone : _____

Identification des renseignements pouvant être communiqués :

▪ Plan d’intervention adapté;

▪ Renseignements sur les besoins d’encadrement de votre enfant;

▪ Renseignements concernant sa routine;

▪ Renseignements sur son comportement social lorsqu’il est en groupe lors d’activités

Noms des personnes à contacter : _____

☐ Directeur de l’école

☐ Professionnels ou intervenants du Service des ressources éducatives

☐ Professionnels ou intervenants du Service d’adaptation scolaire

☐ Autres - Spécifiez :

AUTORISATIONS – Nom de l’enfant :

En considération de ce qui précède, ☐ j’autorise les personnes nommées ci-dessus à communiquer les renseignements nécessaires à la Ville de Rigaud dans le cadre des services rendus par son camp de jour. ☐ J’autorise la Ville de Rigaud, à orienter mon enfant vers un service de santé en cas d’urgence (coût de transport ambulancier assumés par les parents). ☐ J’autorise le camp à prendre de photos et des vidéos de mon enfant et à les utiliser à des fins promotionnelles. ☐ J’autorise le personnel du camp à administrer à mon enfant, si nécessaire, un ou plusieurs médicaments sans ordonnances en vente libre. ☐ Si des modifications concernant l’état de santé de mon enfant survenaient avant le début ou pendant la période du camp, je m’engage à transmettre cette information à la direction du camp. Ce consentement couvre la période qui débute à la date de signature et est valide pour une année. ☐ J’autorise les personnes suivantes à venir chercher mon enfant : _____