

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

**GUIDE D'INSCRIPTION PROGRAMME D'ACCOMPAGNEMENT EN LOISIR /2024**

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

Veuillez 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](mailto: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 de 5 ans (au 30 septembre 2024) à 12 ans.
- Être une personne vivant avec un handicap et ayant 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 17 mai 2024**

**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.**

Veuillez 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	25 juin au 28 juin				
Semaine 2	1 au 5 juillet				
Semaine 3	8 au 12 juillet				
Semaine 4	15 au 19 juillet				
Semaine 5	22 au 26 juillet				
Semaine 6	29 au 2 août				
Semaine 7	5 au 9 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.

**FORMULAIRE D'INSCRIPTION – RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX**
*Remplir un (1) formulaire par enfant*
**RENSEIGNEMENTS – ENFANT**

Nom de l'enfant : _____ Adresse : _____ No _____ Rue _____ Ville _____ Code postal _____ Pour urgences : _____ Nom _____ téléphone _____ Nom _____ téléphone _____	Sexe de l'enfant : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin Langue(s) : <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais autre(s) : _____ Date naissance: année-mois-jour _____ Âge : _____ Ass. Maladie : _____ Expiration : _____ 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  
 Habiletés 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 : \_\_\_\_\_

**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 : \_\_\_\_\_

**Activités préférées et intérêts particuliers**

Précisez : \_\_\_\_\_

Durée moyenne : \_\_\_\_\_

**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

**Médication**  oui  non

Prise de médication:  avec assistance  sans assistance

Précisez :

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

	<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Tuteur légal	<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Tuteur légal
	<input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais	<input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais
Nom et prénom :	_____	_____
Adresse :	_____	_____
Téléphone résidentiel :	Code postal _____	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)
_____	<input type="checkbox"/> CSSSVS ( <i>Centre de santé et services sociaux de Vaudreuil-Soulanges</i> )
_____	<input type="checkbox"/> autre CSSS :
_____	

  

INTERVENANT(S) – nom et no de téléphone	CENTRES DE RÉADAPTATION RÉGIONAUX
_____	<input type="checkbox"/> CMR ( <i>Centre montérégien de réadaptation</i> )
_____	<input type="checkbox"/> SRSOR ( <i>Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement</i> )
_____	<input type="checkbox"/> INLB ( <i>Institut Nazareth et Louis-Braille</i> )

  

INTERVENANT(S) – nom et no de téléphone	AUTRES ÉTABLISSEMENTS
_____	<input type="checkbox"/> Centre hospitalier :
_____	<input type="checkbox"/> Établissement scolaire spécialisé :
_____	<input type="checkbox"/> 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 : \_\_\_\_\_

Signature du parent ou tuteur

Signature du jeune âgé de 14 ans et plus

date (année-mois-jour)

