



INFORMATIONS SUR LE PARTICIPANT

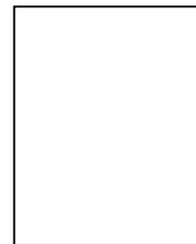
Répît Emergo

IDENTIFICATION DU PARTICIPANT

Prénom : _____ Nom : _____

Sexe : M F Date de naissance : ____ / ____ / ____ Âge : _____

Langue(s) utilisée(s) à la maison : Français
 Anglais
 Autre : _____



Photo

Numéro d'assurance maladie : _____ Date d'expiration : _____

Première expérience de camp : Oui Non

Sinon, à quand remonte la dernière expérience? _____

IDENTIFICATION DES PARENTS / TUTEURS / CURATEURS

NAS

Lien avec l'enfant : (pour le relevé 24) :

Prénom : _____ Nom : _____

Prénom : _____ Nom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____ Région administrative : _____

Tél. maison : (____) ____ - _____ Tél. bureau : (____) ____ - _____

Tél. cellulaire : (____) ____ - _____ Courriel : _____

Correspondance : Français Anglais

AUTRES INFORMATIONS

Personnes à rejoindre en cas d'urgence

Nom : _____ Tél. : (____) ____ - _____ Lien : _____

Nom : _____ Tél. : (____) ____ - _____ Lien : _____

Travailleur social

Nom : _____ Tél. : (____) ____ - _____ Poste : _____

C.L.S.C. ou Centre de réadaptation : _____

Milieu de vie principal

Parents Ressource intermédiaire Ressource de type familial
 Résidence communautaire Milieu institutionnel Autre : _____

INFORMATIONS SUR LE PARTICIPANT

Répit Emergo

FICHE SANTÉ DU PARTICIPANT

1) Quel est le diagnostic médical du participant?

Autisme ou autre T.E.D.? _____

Avec ou sans déficience intellectuelle? _____

Autre diagnostic? _____

2) Présente-t-il d'autres problèmes médicaux ou souffre-t-il d'infection particulière?

Asthme Énurésie Rhumatisme Arthrite

Hépatite B Hémophilie Somnambulisme

3) Présente-t-il des limitations ou des incapacités au niveau moteur, visuel, auditif, intellectuel, etc.?

4) État de santé

4.1 Le participant est-il atteint de...

Épilepsie Oui Non Si oui, complétez l'annexe 1.1.

Diabète Oui Non Si oui, complétez l'annexe 1.2.

Allergies ou intolérances Oui Non Si oui, complétez l'annexe 1.3.

4.2 Le participant suit-il une diète spéciale? Oui Non

Si oui, laquelle? _____

Dans le cas de diète spéciale, vous devrez fournir les substituts aux repas de la cafeteria lorsque nous serons dans l'impossibilité de respecter la diète du participant.

INFORMATIONS SUR LE PARTICIPANT

Répit Emergo

FICHE D'INFORMATIONS GÉNÉRALES

1) Communication

Est-ce que le participant communique...	Oui	Non	Un peu	Détails
verbalement?				
par gestes?				
par langage signé?				
par pictogramme?				
Autre : _____				

Utilisez-vous un moyen pour faciliter la communication (pictogrammes, signes, contact visuel, cahier de communication, écriture, etc.)?

2) Hygiène et alimentation

Le participant est-il capable de...	Oui	Non	Un peu	Spécifiez la routine
s'habiller et se déshabiller seul?				
manger seul?				
prendre une douche seul?				
prendre un bain seul?				
Se brosser les dents seul?				
Aller à la toilette seul?				

INFORMATIONS SUR LE PARTICIPANT

Répit Emergo

3) Aspects comportementaux

COMPORTEMENTS D'AUTOMUTILATION : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Contexte
Manifestations
Interventions
Commentaires

PRÉSENCE DE COMPORTEMENTS AGRESSIFS : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Contexte
Manifestations
Interventions
Commentaires

INFORMATIONS SUR LE PARTICIPANT

Répit Emergo

BRIS DE MATÉRIEL :

Oui

Non

Contexte

Interventions

Commentaires

TENDANCE À FUGUER :

Oui

Non

Contexte

Commentaires

INGESTION DE SUBSTANCES NON-COMESTIBLES (PICA) :
(produits chimiques, sable, feuilles, roches, etc.)

Oui

Non

Interventions

Commentaires

INFORMATIONS SUR LE PARTICIPANT

Répit Emergo

COMPORTEMENTS SEXUELS :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Contexte		
Manifestations		
Interventions		
Commentaires		

DIFFICULTÉ À DORMIR :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Contexte		
Interventions		
Routine particulière		
Commentaires		

INFORMATIONS SUR LE PARTICIPANT

Répit Emergo

PHOBIES / PEURS :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Lesquelles		
Interventions		

HYPERSENSIBILITÉ OU HYPOSENSIBILITÉ :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
(aux bruits, au toucher, à la température, aux odeurs, à la lumière, etc.)		
Spécifications et explications		
Interventions		

MANIÉRISME / TICS / OBSESSIONS :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
(mouvements répétitifs, balancement, etc)		
Spécifications et explications		
Interventions		

INFORMATIONS SUR LE PARTICIPANT

Répit Emergo

HYPERACTIVITÉ OU HYPOACTIVITÉ : Oui Non

Spécifications et explications

Interventions

ANXIÉTÉ : Oui Non

Explications

Interventions

GOÛTS ET INTÉRÊTS :

Activités préférées

Autres intérêts spécifiques

INFORMATIONS SUR LE PARTICIPANT

Répit Emergo

Y a-t-il des événements significatifs ou des personnes dont le participant serait susceptible de nous parler ou de faire allusion?

Autres informations pertinentes?

INFORMATIONS SUR LE PARTICIPANT

Répit Emergo

ANNEXE 1.1

ÉPILEPSIE

1. À quand remonte la dernière crise d'épilepsie? _____

2. Qualifiez-vous la crise de (cochez) : petit mal
 grand mal

3. À quelle fréquence surviennent les crises?

plus d'une fois par jour (spécifiez) : _____ une fois par jour
 une fois par semaine autre : _____

4. Généralement, à quel moment la crise survient-elle?

Jour Soir Nuit À n'importe quel moment

5. Y a-t-il quelque chose en particulier qui peut déclencher une crise? Si oui, spécifiez :

6. La médication est-elle récente ou a-t-elle été changée récemment? Si oui, quand?

7. La médication cause-t-elle des effets secondaires? Si oui, lesquels?

8. Habituellement, que faites-vous pendant et après la crise?

INFORMATIONS SUR LE PARTICIPANT

Répit Emergo

ANNEXE 1.2

ALLERGIES

1. De quelles allergies votre enfant souffre-t-il?

2. S'agit-il d'une allergie pouvant être mortelle? oui non

3. À quand remonte la dernière crise allergique? _____

4. Quelle est la réaction allergique (symptômes)?

5. En cas de réaction allergique votre enfant prend-t-il des médicaments? Si oui, lesquels? Si non, que faites-vous?

6. Avez-vous d'autres informations à nous transmettre concernant les allergies?
