



FORMULAIRE D'ÉVALUATION DES BESOINS DE L'ENFANT

Programme d'intégration pour les enfants ayant des besoins particuliers au camps de jour

Ceci n'est pas le formulaire d'inscription au camp de jour

Le parent/tuteur de l'enfant doit prendre connaissance du *Programme d'intégration pour les enfants ayant des besoins particuliers aux camps de jour* afin de connaître les critères d'admissibilité et la nature du service offert. Le formulaire doit être transmis à la responsable du camp de jour au plus tard, le **18 avril**. Pour que la demande de soutien soit admissible,

Section réservée au camp de jour

		Date d'entrée	Heure d'entrée	Inscription complétée <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
--	--	---------------	----------------	--

1. Renseignements sur l'identité de l'enfant et ses parents/tuteurs

Nom de l'enfant		Prénom		
Adresse principale (numéro, rue, appartement)				
Ville	Province QC	Code postal	Téléphone (résidence)	
Date de naissance (aaaa-mm-jj)		Âge (au 30 septembre) Ans	Genre <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
Parent 1 - Nom du parent ou du responsable	Prénom		Lien avec l'enfant	
Téléphone (résidence)	Téléphone (cellulaire)		Courriel	
Parent 2 - Nom du parent ou du responsable	Prénom		Lien avec l'enfant	
Téléphone (résidence)	Téléphone (cellulaire)		Courriel	
L'enfant habite avec <input type="checkbox"/> ses deux parents <input type="checkbox"/> parent 1 <input type="checkbox"/> parent 2 <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :		L'enfant a une sœur ou un frère qui sera aussi inscrit au camp de jour : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, quel est l'âge de cet(ces) enfant(s) :		
L'enfant fréquente présentement l'école : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui à temps plein <input type="checkbox"/> Oui à temps partiel (précisez le nombre d'heures) :				
Si oui, quel est le nom de son école?		Est-il dans une classe régulière ou adaptée ? <input type="checkbox"/> Régulière <input type="checkbox"/> Adaptée (précisez) :		
Quel est l'horaire de fréquentation de l'enfant : - école : hre d'arrivée : h / hre de départ : h - service de garde : hre d'arrivée le matin : h / hre de départ en fin de journée : h / <input type="checkbox"/> l'enfant ne fréquente pas le service de garde				
Description des services particuliers offerts par l'école :				
Titre de l'intervenant	Nombre d'hres/sem	Environnement		<input type="checkbox"/> l'enfant ne bénéficie pas de services particuliers offerts par l'école
		<input type="checkbox"/> en classe <input type="checkbox"/> hors classe		
		<input type="checkbox"/> en classe <input type="checkbox"/> hors classe		

2. Historique et accompagnement

Votre enfant a-t-il déjà fréquenté un camp de jour ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (si non, passez à la section 4)	Quel site fréquentait-il?	Été le plus récent (année) :	Bénéficiait-il d'un accompagnement? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Dans la dernière année, y a-t-il eu des changements significatifs dans la vie de l'enfant qui ont une incidence sur ses comportements? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, précisez : (si non, passez à la section 4)			
Est-ce que ces changements ont eu un impact sur les comportements de l'enfant? <input type="checkbox"/> Impact positif <input type="checkbox"/> Impact négatif <input type="checkbox"/> Aucun impact Précisez :			

3. Statut du diagnostic de l'enfant (facultatif)

Votre enfant a-t-il <u>reçu</u> un diagnostic? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Votre enfant est-il <u>en attente</u> d'un diagnostic <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (si oui, inscrire les coordonnées du professionnel avec lequel vous avez amorcé des démarches pour établir un diagnostic dans la section 4)
---	---

4. Intervenant(s) de l'enfant (éducateur spécialisé, travailleur social, psychologue, etc.)

Intervenant(s)	CIUSSS MCQ			École (Précisez le nom)	Autre (Précisez)
	Direction DI-TSA-DP	Direction Jeunesse- Famille	Direction de la protection de la jeunesse (DPJ)		
Nom du professionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Titre					
Téléphone (incluant le numéro du poste) et <u>courriel</u>					
Nom du professionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Titre					
Téléphone (incluant le numéro du poste) et <u>courriel</u>					
<input type="checkbox"/> Aucun intervenant ne suit mon enfant.					

5. Nature des limitations de l'enfant en lien avec sa participation au camp de jour

<input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle	<input type="checkbox"/> légère	<input type="checkbox"/> moyenne	<input type="checkbox"/> sévère
Précisez :			
<input type="checkbox"/> Trouble du spectre autistique (TSA)	<input type="checkbox"/> niveau 3 – besoin de soutien très important	<input type="checkbox"/> verbal	<input type="checkbox"/> non verbal
	<input type="checkbox"/> niveau 2 – besoin de soutien important		
	<input type="checkbox"/> niveau 1 – besoin de soutien		
<input type="checkbox"/> Trouble de la communication sociale			
<input type="checkbox"/> Déficience motrice	<input type="checkbox"/> fine	<input type="checkbox"/> globale	<input type="checkbox"/> fine et globale
Précisez :			
<input type="checkbox"/> Déficience visuelle			
Précisez :			
<input type="checkbox"/> Déficience auditive			
Précisez :			
<input type="checkbox"/> Trouble du langage et de la parole	<input type="checkbox"/> expression	<input type="checkbox"/> compréhension	<input type="checkbox"/> mixte
Précisez :			
<input type="checkbox"/> Trouble déficitaire de l'attention	<input type="checkbox"/> sans hyperactivité (TDA)	<input type="checkbox"/> avec hyperactivité (TDAH)	
Précisez :			
<input type="checkbox"/> Trouble de la santé mentale			
Précisez :			
<input type="checkbox"/> Trouble du comportement	<input type="checkbox"/> Opposition	<input type="checkbox"/> Anxiété	<input type="checkbox"/> Agressivité <input type="checkbox"/> Passivité
<input type="checkbox"/> Santé particulière			
<input type="checkbox"/> (ex. : allergies sévères, épilepsie, diabète avec ou sans pompe...)	Précisez :		
<input type="checkbox"/> Peurs, phobies importantes			
Précisez :			
<input type="checkbox"/> Autre			
Précisez :			

6. Portrait des comportements de l'enfant

Est-ce que l'enfant adopte les comportements suivants?

COMPORTEMENTS	FRÉQUEMMENT	PARFOIS	RAREMENT	JAMAIS
Mord	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frappe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bouscule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilise un langage inapproprié (insulte ou blasphème)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

COMPORTEMENTS (suite)	FRÉQUEMMENT	PARFOIS	RAREMENT	JAMAIS
Opposition aux consignes et aux règles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'éloigne du groupe (fugue)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brise le matériel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intolérance au bruit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Éveil sexuel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficulté avec les transitions d'activités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficulté à gérer les situations imprévues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficulté à déroger de ses routines ou rituels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inconfort tactile (n'aime pas être touché)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fatigue excessive après un effort jugé normal pour un enfant de son âge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Interventions privilégiées

De quelle façon doit-on intervenir en présence de l'un de ces comportements?

8. Évaluation du niveau de soutien nécessaire

Lors des situations de vie énoncées, l'enfant a besoin :

SITUATIONS	Aide constante	Aide fréquente	Aide ponctuelle	Supervision verbale	Aucune aide
1. Autonomie					
Habillement (ex. : se vêtir, attacher ses souliers)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hygiène personnelle (ex. : toilette) Port de couches : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Précisez :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentation (ex. : repas et collation) Précisez :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gérer ses effets personnels (ex. : boîte à lunch, sac à dos, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rester avec le groupe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Éviter les situations dangereuses (conscience du danger)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Participation aux activités					
Stimulation à la participation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interaction avec les adultes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interaction avec les autres enfants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fonctionnement en groupe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Activité de motricité fine (bricolage, manipulations, insertions, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Activité de motricité globale (sports, jeux psychomoteurs, ballon, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baignade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SITUATIONS (suite)	Aide constante	Aide fréquente	Aide ponctuelle	Supervision verbale	Aucune aide
3. Communication					
Compréhension des consignes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se faire comprendre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Déplacement (Si l'enfant se déplace en fauteuil roulant, passez à la question suivante)					
Marche en terrain accidenté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marche sur de longues distances	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escaliers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autobus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Évaluation du niveau de soutien nécessaire (suite)

Lors des situations de vie énoncées, l'enfant a besoin :

SITUATIONS	Oui	Non	Précisez
5. Aide à la mobilité			
Utilisation d'un fauteuil roulant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Utilisation d'une marchette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Utilisation d'une canne ou de béquilles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Aide à la communication			
Utilisation de pictogrammes, tableau, ordinateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Langage des signes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gestes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

9. Existe-t-il une raison qui empêcherait ou limiterait la participation de l'enfant à une journée régulière de camp de jour (ex. : durée de la journée (7h30 à 17h30), type d'activités, chaleur excessive, etc.)?

Non Oui (si oui, précisez :)

10. Sur une échelle de 0 à 3, 3 étant le plus élevé, quel est le niveau d'intérêt de votre enfant à participer au camp de jour cet été?

3 2 1 0 (aucun) Ne sais pas

Commentaires :

11. Y a-t-il d'autres renseignements importants à connaître afin de mettre en place, pour l'enfant, des mesures pour :

- faciliter son autonomie Précisez :

- faciliter sa participation Précisez :

- limiter ou contrôler des situations de désorganisation Précisez :

12. Recommandation d'un intervenant

CETTE SECTION DOIT ÊTRE REMPLIE UNIQUEMENT PAR UN INTERVENANT (CIUSSS, ÉCOLE, ORGANISME GESTIONNAIRE DE CAMP DE JOUR, ETC.)

Message destiné à l'intervenant

Au moment de réaliser une demande au *Programme d'intégration pour les enfants ayant des besoins particuliers aux camps de jour*, le parent/tuteur de l'enfant a rempli un formulaire contenant plusieurs renseignements sur les besoins de l'enfant. Votre expertise est essentielle pour nous, car elle sera un complément important dans l'analyse du niveau de soutien requis pour l'enfant.

Vos réponses nous guideront aussi dans la mise en œuvre des recommandations et des accommodements nécessaires pour favoriser la participation active aux activités et permettre une intégration optimale l'enfant.

Vous devez consulter le programme¹ afin de vous familiariser avec les objectifs et la nature exacte du service offert.

Identification de l'enfant

Nom de l'enfant	Date de naissance
------------------------	--------------------------

Activités	Aide constante	Aide fréquente	Aide ponctuelle	Supervision verbale	Aucune aide	Ne sais pas
Rassemblement (participe aux activités où il y a une grande foule, beaucoup de bruits, musique forte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sécurité (fait le choix de comportements qui assure la sécurité à lui-même, assure la sécurité des autres enfants et des adultes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déplacements et accessibilité (suit le un groupe, se place en rang, marche plusieurs minutes, est en mesure de se déplacer sur un terrain pouvant être accidenté, accès au site de camp de jour)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Communications <i>Expression</i> : Être en mesure de s'exprimer (communication verbale ou non verbale, utilisation d'outils ou de signes, capacité à verbaliser ses émotions) <i>Compréhension</i> : Être en mesure de comprendre (comprend les adultes quand ils lui parlent, comprend les consignes et les limites) <i>Interaction</i> : Entrer en relation avec les autres (interagir avec les autres pour avoir des liens, joue et échange avec les autres jeunes, utilise des stratégies d'interaction de façon appropriée)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeux structurés (attend son tour, se concentre pour pratiquer une activité durant 15 à 45 minutes, selon l'âge)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeux sportifs (sait gérer l'esprit de compétition, respecte les consignes, sa motricité globale est suffisante pour jouer au rythme du groupe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Activités artistiques (en mesure de suivre un modèle, sa motricité fine lui permet d'utiliser du matériel spécialisé – ciseau, colle, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Repas (demeure assis au sol ou sur une table de pique-nique, est autonome, gère sa boîte à lunch : je mange quoi et dans quel ordre?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¹ Programme d'intégration pour les enfants ayant des besoins particuliers au camps de jour de la Municipalité de Champlain disponible à l'adresse suivante :

Activités (suite)	Aide constante	Aide fréquente	Aide ponctuelle	Supervision verbale	Aucune aide	Ne sais pas
Piscine (s'il y a lieu) (se change de vêtements, gère ses objets personnels, participe à la période de baignade malgré le bruit et les éclaboussures)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sorties (prend l'autobus, visite de nouveau environnement, changement de la routine)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacité d'adaptation (s'adapte aux bouleversements à l'horaire, changement de moniteur ou d'accompagnateur, modification des règles d'un jeu, s'adapte lors des moments de transitions)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dans le cas d'une désorganisation	
Comportements observables (fréquence, intensité, durée)	Interventions à privilégier

Accommodements à mettre en place
<p>Selon vous, quelles sont les mesures à mettre en place pour que l'enfant puisse intégrer le camp de jour? (ex. : accompagnement en ratio réduit, horaire, transitions, aide à la communication, aménagement physique, matériel...)</p>

Recommandations pour les services estivaux	
1. Une aide ponctuelle sans accompagnement serait suffisante :	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (si oui, passez à la question 4)
2. L'enfant doit obtenir un accompagnement selon le ratio suivant : (avoir en tête que l'enfant participe à des activités d'un camp de jour dans un groupe régulier et que l'accompagnement est réalisé par un étudiant de 15 ans et plus)	<input type="checkbox"/> 1 accompagnateur / 1 enfant intégré dans un groupe <input type="checkbox"/> 1 accompagnateur / 2 enfants intégrés dans un même groupe <input type="checkbox"/> 1 accompagnateur sur le site / 3 enfants intégrés dans différents groupes <input type="checkbox"/> Autre, précisez :
3. L'accompagnement idéal serait réalisé par :	<input type="checkbox"/> une femme <input type="checkbox"/> un homme <input type="checkbox"/> sans importance
4. L'enfant peut intégrer un groupe de :	<input type="checkbox"/> son âge <input type="checkbox"/> plus jeune <input type="checkbox"/> plus vieux

Signature de l'intervenant	
Je reconnais avoir lu et compris l'offre de service du Programme d'intégration pour les enfants ayant des besoins particuliers au camps de jour de la municipalité de Champlain.	Initiales
Nom	Date (aaaa/mm/jj)
Organisation	Téléphone (incluant le numéro du poste)
Titre	Courriel

IMPORTANT

Cette section du « Formulaire d'évaluation des besoins de l'enfant » doit être remise au répondant de l'enfant, car elle fait partie intégrante de la demande qui doit être transmise à l'organisme gestionnaire de camp de jour le **18 avril au plus tard**.

13. Quels sont les forces et les intérêts de l'enfant?

14. Participation de l'enfant à d'autres activités de loisir pendant l'année

Votre enfant participe-t-il à d'autres activités de loisir pendant la période des mois de septembre à mai?

Non Oui

Si oui, quelle(s) activité(s)?

Et auprès de quelle(s) organisation(s)?

Durant ces activités, bénéficiait-il d'un accompagnement

Non Oui

Si oui, selon quel ratio d'accompagnement (animateur/enfant)

1/1 1/2 1/3 Autre :

15. Horaire de fréquentation de l'enfant au camp de jour

Nous devons prévoir les périodes de fréquentation de votre enfant afin de lui apporter le soutien nécessaire durant sa présence au camp de jour. Décrivez la fréquentation prévue.

Horaire de fréquentation prévu (heures d'arrivée et départ prévues)

Dates prévues de vacances

16. Consentements, autorisations et signature du répondant

*** Veuillez lire attentivement chaque affirmation et apposer vos initiales dans la case prévue à cette fin. ***

1. Je reconnais avoir lu et compris l'offre de service du *Programme d'intégration pour les enfants ayant des besoins particuliers au camps de jour de la Municipalité de Champlain*.

2. Je déclare que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont complets.
Dans le cas contraire, le comité d'analyse se réserve le droit de considérer la demande non admissible.

3. Je comprends que si le portrait des besoins de mon enfant venait à changer entre la tenue du comité d'analyse et le début du camp de jour ou pendant la réalisation du camp se jour,
la demande de mon enfant devra faire l'objet d'une nouvelle analyse.

4. **J'autorise** les personnes directement impliquées dans la gestion du *Programme d'intégration et les personnes-ressources* dont les coordonnées sont mentionnées dans ce formulaire, **à communiquer ensemble**, et ce, afin **d'échanger sur les besoins de l'enfant et d'obtenir des renseignements complémentaires si besoin.**

5. Je m'engage à informer de ma présente demande les personnes-ressources dont les coordonnées sont mentionnées dans ce formulaire. De plus, je les autorise à fournir des renseignements complémentaires pour permettre l'analyse de ma demande.

6. Je m'engage à respecter la décision du comité d'analyse.

7. Je m'engage à collaborer avec le personnel dès que celui-ci en fait la demande.

Signature

Date (aaaa/mm/jj)

Nom en lettres majuscules

Lien avec l'enfant

Le formulaire doit être transmis à l'organisme gestionnaire de camp de jour le **18 avril au plus tard**.