

Mot de passe: \_\_\_\_\_

**Vous devez choisir un mot de passe lorsque vous viendrez chercher votre enfant. Ce mot de passe sera inscrit sur une carte qu'on vous remettra en main propre lors de votre première journée.**



### Formulaire d'inscription 2024 – Camp d'Au Koeur d'HBLL

Ouvert du 4 au 8 mars 2024 et du 24 juin au 30 août 2024. Du lundi au vendredi, de 8h30 à 16h00 sur le site du : Centre HBLL, 425-11735 Montée Sainte-Marianne, Mirabel, QC J7J 2A9 Service de garde de 7h00 à 8h30 et de 16h00 à 18h00.

#### L'ENFANT

Prénom :	Sexe :
Nom :	Date de naissance :
Courriel (si désiré) :	Âge (au 30 septembre) :
No assurance maladie :	Date d'expiration :
Total des membres de la famille à inscrire :	Première expérience au camp? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Votre enfant jouera-t-il au Dek Hockey? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Noter que pour jouer au Dek Hockey, aucun équipement ne sera fourni sauf pour les gardiens de but et le prêt d'équipement est limité.	

**JOINDRE OBLIGATOIREMENT UNE PHOTO DE L'ENFANT AVEC LE FORMULAIRE**

PARENT(S) / TUTEUR(S)		PARENT(S) / TUTEUR(S)	
Prénom :		Prénom :	
Nom :		Nom :	
Lien avec l'enfant :		Lien avec l'enfant :	
Adresse :		Adresse :	
Téléphone :	Maison :	Téléphone :	Maison :
	Bureau :		Bureau :
	Cellulaire :		Cellulaire :
Courriel :		Courriel :	

#### CONTACTS D'URGENCE (AUTRE QUE PARENTS)

Contact N.1		Contact N.2	
Prénom :		Prénom :	
Nom :		Nom :	
Lien avec l'enfant :		Lien avec l'enfant :	
Téléphone :	Maison :	Téléphone :	Maison :
	Bureau :		Bureau :
	Cellulaire :		Cellulaire :

#### PERSONNE À QUI SERA ÉMIS UN RELEVÉ 24 POUR IMPÔTS

Prénom et nom :	No assurance sociale :
-----------------	------------------------

## FICHE SANTÉ

### Notre camp souhaite intégrer les enfants ayant des besoins particuliers.

Les informations sur la santé de votre enfant sont précieuses et nous permettront de lui faire vivre une expérience de camp réussie.

Votre enfant a-t-il reçu un diagnostic? (trouble de comportement, TDA/H, trouble du spectre de l'autisme, déficience motrice, intellectuelle, visuelle, etc.) <i>Si oui, remplir la fiche d'évaluation des besoins particuliers</i>					<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Si non, est-il en attente de diagnostic?					<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Si oui, lequel (lesquels?)						
Doit-il être accompagné dans ses activités au camp?		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		Ratio suggéré : 1/1, 1/2, etc.		
Votre enfant a-t-il des allergies ou des intolérances?		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON				
<b>ALLERGÈNE / INTOLÉRENCE</b>		<b>Légère</b>	<b>Sévère</b>	<b>Mortelle</b>	<b>Si ingéré</b>	<b>Au contact</b>
1.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auto-injecteur d'épinéphrine ( <i>Épipen, Twinject ou autre</i> ) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			Personnes autorisées à l'administrer : <input type="checkbox"/> L'enfant lui-même <input type="checkbox"/> Membre du personnel			
Restrictions alimentaires (autres que des allergies)? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			Précisez :			
Votre enfant doit-il prendre des médicaments au camp?			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			
<i>Pour être conforme à la loi et pour nous permettre d'administrer le médicament, vous devez nous remettre une copie de la prescription avec le formulaire.</i>						
<b>Réservé aux responsables :</b>						

## ÉTAT DE SANTÉ

Mon enfant souffre de :		Si oui, préciser, fournir des actions à prendre
Asthme	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Eczéma	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Mal des transports	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Maux de tête/migraines	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Nausées fréquentes/vomissements	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Otites fréquentes	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Problèmes cardiaques	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Problèmes cutanés	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Saignement de nez	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Sinusites	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Diabète	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Épilepsie	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
AUTRE :		
Mon enfant prend des médicaments.	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Nom du médicament : Prescrit pour :

## COMPORTEMENTS

L'enfant présente-t-il les comportements suivants ?	SOUVENT	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"/>
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"/>
Anxiété	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agressivité envers les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habitudes ou manies particulières Spécifiez :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dans quels contextes ces comportements ont-ils tendance à se produire ?	De quelle façon suggérez-vous d'intervenir? (Ignorer, humour, rediriger, etc.)
A-t-il des phobies et/ou des peurs ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON (ex. : animaux, eau, hauteurs, etc.)	Si oui, lesquelles et comment intervenir?
L'enfant a-t-il de la difficulté à exprimer ses sentiments, à demander de l'aide ou à amorcer une conversation? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON  Précisez :	S'adapte-t-il facilement à un nouvel environnement? (personnes, activités, expériences) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON  Précisez :

**Relation avec les autres – Comment interagit-il avec :**

Ses pairs :	
Les personnes en autorité :	
Les nouvelles personnes :	
Votre enfant a-t-il des besoins particuliers ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Si oui, remplir fiche d'évaluation des besoins particuliers (Demandez la fiche à la réception)

**ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX**

Votre enfant a-t-il déjà subi une intervention chirurgicale ?		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Si oui, Date :		Raison :	
<b>Blessures graves</b>		<b>Maladies chroniques ou récurrentes</b>	
Date :		Date :	

Décrire :		Décrire :	
<b>A-t-il déjà eu les maladies suivantes ?</b>		<b>Souffre-t-il des maux suivants ?</b>	
Varicelle	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Asthme	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Oreillons	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Diabète	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Scarlatine	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Épilepsie	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Rougeole	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Migraines	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Autres, précisez :		Autre, précisez :	

### VACCINS ET ALLERGIES

A-t-il reçu les vaccins suivants ?	Date	A-t-il des allergies?	
Tétanos	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Fèvre des foins	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Rougeole	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Herbe à puce	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Rubéole	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Piqûres d'insectes	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Oreillons	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Animaux *	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Polio	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Médicaments *	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
DcaT	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Allergies alimentaires*	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Autres, précisez :		*Précisez :	

Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Épipen, Ana-kit) en raison de ses allergies?

OUI  NON

### À SIGNER SI VOTRE ENFANT A UNE DOSE D'ADRÉNALINE

Par la présente, j'autorise les personnes désignées par le camp de jour au Koeur d'HBLL à administrer, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline \_\_\_\_\_ à mon enfant.

\_\_\_\_\_  
Signature du parent

### CAMP DE LA RELACHE 2024

Jours	Service de garde		Tarifs	Par jours	Par semaine
4 mars 2024	<input type="checkbox"/> AM	<input type="checkbox"/> PM	1 <sup>er</sup> enfant	85.00\$	399.00\$
5 mars 2024	<input type="checkbox"/> AM	<input type="checkbox"/> PM	2 <sup>e</sup> enfant	-5.00\$	-20.00\$
6 mars 2024	<input type="checkbox"/> AM	<input type="checkbox"/> PM	3 <sup>e</sup> enfant	-5.00\$	-10.00\$
7 mars 2024	<input type="checkbox"/> AM	<input type="checkbox"/> PM	et plus		
8 mars 2024	<input type="checkbox"/> AM	<input type="checkbox"/> PM			

Prêt d'équipement gardien : 10.00\$/jour  
 Oui  Non  Nbr de jours \_\_\_\_\_

### Camps de jour été 2024- PRÉINSCRIPTIONS

Semaines	Service de garde	
A- Semaine du 24 au 28 juin 2024	<input type="checkbox"/> AM	<input type="checkbox"/> PM
B- Semaine du 1 au 5 juillet 2024	<input type="checkbox"/> AM	<input type="checkbox"/> PM
C- Semaine du 8 au 12 juillet 2024	<input type="checkbox"/> AM	<input type="checkbox"/> PM
D- Semaine du 15 au 19 juillet 2024	AM	<input type="checkbox"/> PM
E- Semaine du 22 au 26 juillet 2024	<input type="checkbox"/> AM	<input type="checkbox"/> PM
F- Semaine du 29 au 2 août 2024	<input type="checkbox"/> AM	<input type="checkbox"/> PM
G- Semaine du 5 au 9 août 2024	<input type="checkbox"/> AM	<input type="checkbox"/> PM
H- Semaine du 12 au 16 août 2024	<input type="checkbox"/> AM	<input type="checkbox"/> PM
I- Semaine du 19 au 23 août 2024	<input type="checkbox"/> AM	<input type="checkbox"/> PM
J- Semaine du 26 au 30 août 2024	<input type="checkbox"/> AM	<input type="checkbox"/> PM

### Camp de jour été 2024

Tarifs	1 sem Entre A&J	2 sem Entre A&J	3 sem Entre A&J	4 sem Entre A&J	5 sem Entre A&J	6 sem Entre A&J	7 sem Entre A&J	8 sem Entre A&J	9 sem Entre A&J	Semaines A à J
1 <sup>er</sup> enfant	399.00\$	699.00\$	999.00\$	1 299.00\$	1 599.00\$	1 899.00\$	2 199.00\$	2 499.00\$	2 799.00\$	3 099.00\$
2 <sup>e</sup> enfant	-20.00\$	-40.00\$	-60.00\$	-80.00\$	-100.00\$	-120.00\$	-140.00\$	-160.00\$	-180.00\$	-200.00\$
3 <sup>e</sup> enfant et plus *	-10.00\$	-20.00\$	-30.00\$	-40.00\$	-50.00\$	-60.00\$	-70.00\$	-80.00\$	-90.00\$	-100.00\$

Service de garde	1 bloc (AM ou PM)	2 blocs (AM et PM)	Par semaine
6.00\$/bloc de garde	6.00\$	12.00\$	60.00\$

Mon enfant n'est pas inscrit au service de garde. Est-il autorisé à quitter seul à 16:00.

OUI  NON

### TAILLE DU CHANDAIL

Quantité (1 chandail inclus avec l'inscription) :

Pour tous chandails supplémentaires un frais de 20.00\$ par chandail sera demandé

### COCHER LA GRANDEUR DÉSIRÉE :

Enfant :  Small  Medium  Large  X-Large

Adulte :  Small  Medium  Large  X-Large

Si vous désirez des chandails supplémentaires (à vos frais) veuillez inscrire le nombre : \_\_\_\_\_

## CONDITIONS GÉNÉRALES

### **Annulation, modification, absence et remboursement :**

Toute autres demandes d'annulation ou de modification à votre inscription sera automatiquement refusée. Il n'y aura aucun remboursement.

### **Comment faire une demande d'annulation ou de modification à une inscription?**

Aucune demande d'annulation ou modification à l'inscription ne sera autorisée.

### **Si votre enfant doit s'absenter :**

Vous devez l'envoyer un message texte à **Roxanne Courcy** au plus tard le matin même de l'absence au **438 391-6667**, en mentionnant la raison de l'absence.

**Repas :** L'enfant doit apporter un repas FROID et 2 collations (prévoir des contenants réfrigérés).

### **Trousseau obligatoire :**

Maillot et serviette de bain, chapeau de soleil ou casquette, souliers de course ou de marche, bottes de pluie, imperméable, chasse-moustique et crème solaire. Bouteille d'eau réutilisable; 500ml minimum (5 à 10 ans) OU 750 ml minimum (10 ans et plus). Équipement complet de Dek Hockey, incluant casque, jambières (pads), bâtons. Il est important d'habiller vos enfants en conséquence selon la température.

**Identification :** Tous les articles de votre enfant doivent être identifiés à son nom.

### **Strictement défendu :**

Radio de type Ipod, cellulaire, tablette, jeux portables, bijoux, objets de valeur, jouets, canifs, cigarettes, arachides.

### **Code de conduite**

Procédure d'exclusion progressive en cas de comportement inadéquat de l'enfant :

**1<sup>ère</sup> action :** Suivi de fin de journée OU appel au parent/tuteur, selon la gravité.

**2<sup>e</sup> action :** Suspension pour la journée suivante au camp.

**3<sup>e</sup> action :** Exclusion de toutes les semaines du camp de jour pour l'année courante.

Selon la gravité du geste, nous ne sommes pas tenus de suivre chacune des étapes. En cas de comportement menaçant la sécurité ou l'intégrité des enfants ou du personnel, une exclusion sans préavis et immédiate sera imposée, et ce, sans remboursement.

## AUTORISATIONS

<input type="checkbox"/>	J'autorise le Camp de jour Au Koeur d'HBLL à prendre des photos et des vidéos de mon enfant pendant son séjour et à les utiliser à des fins promotionnelles.								
<input type="checkbox"/>	<p><b>Médicaments en vente libre (si applicable)</b></p> <p>J'autorise le personnel du Camp de jour au Koeur d'HBLL à administrer à mon enfant, si nécessaire, un ou plusieurs médicaments sans ordonnance en vente libre.</p> <p>Cocher les médicaments :</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Acétaminophène</td> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Anti-inflammatoire Ibuprofène (Advil)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Antiémétique (Gravol)</td> <td><input type="checkbox"/> Antibiotique en crème (Polysporin)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Antihistaminique (Benadryl, Reactine)</td> <td><input type="checkbox"/> Sirop contre la toux</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> Autre, précisez :</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Acétaminophène	<input type="checkbox"/> Anti-inflammatoire Ibuprofène (Advil)	<input type="checkbox"/> Antiémétique (Gravol)	<input type="checkbox"/> Antibiotique en crème (Polysporin)	<input type="checkbox"/> Antihistaminique (Benadryl, Reactine)	<input type="checkbox"/> Sirop contre la toux	<input type="checkbox"/> Autre, précisez :	
<input type="checkbox"/> Acétaminophène	<input type="checkbox"/> Anti-inflammatoire Ibuprofène (Advil)								
<input type="checkbox"/> Antiémétique (Gravol)	<input type="checkbox"/> Antibiotique en crème (Polysporin)								
<input type="checkbox"/> Antihistaminique (Benadryl, Reactine)	<input type="checkbox"/> Sirop contre la toux								
<input type="checkbox"/> Autre, précisez :									
<input type="checkbox"/>	J'autorise la direction du Camp de jour Au Koeur d'HBLL à faire en sorte que soient prodigués à mon enfant tous les soins nécessaires. Je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement (à mes frais) et à le faire admettre dans un établissement de santé. De plus, en cas d'urgence ou s'il est impossible de nous joindre, j'autorise le médecin choisi par les autorités du camp à prodiguer à mon enfant tous les soins médicaux requis par son état, y compris la pratique d'une intervention chirurgicale, transfusion, injections, anesthésie, hospitalisation, etc.								
<input type="checkbox"/>	Si des modifications concernant l'état de santé de mon enfant surviennent avant le début ou pendant la période du camp, je m'engage à transmettre cette information à la direction du camp, qui fera le suivi approprié avec le camp.								

## MÉDICAMENTS À PRENDRE DURANT LA JOURNÉE

Nom de votre enfant : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Nom du médicament	Raison	Fréquence	Régulièrement	Au besoin

Tous les médicaments à prendre « régulièrement » devront être remis obligatoirement à votre pharmacien afin qu'il puisse préparer un pilulier selon le système alvéolaire de distribution (système Dispill). Ce service est gratuit. Vous n'aurez qu'à le demander en téléphonant à l'avance à votre pharmacien. C'est le système le plus sécuritaire : il indique le nom de votre enfant et l'heure à laquelle chaque dose doit être administrée. Les médicaments « au besoin » devront être laissés dans leur contenant original avec l'étiquette de prescription.

Les parents ont la responsabilité de transmettre à la direction du Camp de jour Au Koeur d'HBLL, toutes nouvelles informations médicales de façon ponctuelle.



## FRAIS D'INSCRIPTION

Votre enfant sera inscrit officiellement sur réception du présent formulaire rempli, accompagné du paiement complet.

Nous acceptons l'argent comptant et virement Interac. Il sera aussi possible de payer par carte sur réservation seulement avec Roxanne directement au Centre HBLL. Notez que le service de garde n'est pas inclus dans le prix.

- Comptant                       Virement Interac                       Débit  
 Visa                                       MasterCard

---

### Camp de la relâche

Tarifs	Par jours	Par semaine
1 <sup>er</sup> enfant	85.00\$	399.00\$
2 <sup>e</sup> enfant	-5.00\$	379.00\$
3 <sup>e</sup> enfant et plus *	-5.00\$	369.00\$

Service de garde	1 bloc (AM ou PM)	2 blocs (AM et PM)	Par semaine
6.00\$/bloc de garde	6.00\$	12.00\$	60.00\$

### MODE DE PAIEMENT PAR VIREMENT INTERAC :

**Courriel pour le virement :** camp@aukoeurdelavenir.ca

**Question de sécurité :** Le nom de l'enfant (prénom, nom)

**Réponse :** Camp

### PAIEMENT PAR CARTE :

Sur réservation seulement avec Roxanne Courcy directement au Centre HBLL

**Où :** Centre HBLL - 11765 Montée Sainte-Marianne, Local 425, Mirabel, QC J7J 2A9

**Quand :** Vous pouvez aussi prendre rendez-vous avec Roxanne Courcy au 450 437-2255 poste 2.

J'ai pris connaissance des modalités de paiement, de remboursement et des généralités mentionnées dans ce document.

---

Nom du parent ou du tuteur (lettres moulées)

---

Signature

---

Date

Veuillez retourner cette fiche d'inscription au :  
Camp de Jour Au Koeur D'HBLL  
11765 Montée Sainte-Marianne, Mirabel QC  
Par courriel : camp@aukoeurdelavenir.ca  
Pour toutes questions, communiquez avec Roxanne Courcy-Croteau au 438 391-6667



## FICHE D'ÉVALUATION DES BESOINS PARTICULIERS – CAMP DE JOUR AU KOEUR D'HBL

### DIAGNOSTIC ET BESOINS PARTICULIERS

<input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle	<input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Sévère Précisez :
<input type="checkbox"/> Trouble du spectre de l'autisme (TSA)	Précisez (Asperger, TED-NS, autre) :
<input type="checkbox"/> Déficience motrice	Précisez :
<input type="checkbox"/> Déficience visuelle	Précisez :
<input type="checkbox"/> Déficience auditive	Précisez :
<input type="checkbox"/> Trouble langagier ou de la parole	<input type="checkbox"/> Expression <input type="checkbox"/> Compréhension <input type="checkbox"/> Mixte Précisez :
<input type="checkbox"/> Trouble déficitaire de l'attention (TDA / TDA/H)	<input type="checkbox"/> Avec hyperactivité <input type="checkbox"/> Sans hyperactivité Précisez :
<input type="checkbox"/> Santé mentale	<input type="checkbox"/> Anxiété <input type="checkbox"/> Trouble de l'attachement <input type="checkbox"/> TOC <input type="checkbox"/> Dépression Autres, précisez :
<input type="checkbox"/> Trouble du comportement	<input type="checkbox"/> Opposition <input type="checkbox"/> Agressivité <input type="checkbox"/> Passivité Autres, précisez :
	Précisez :

### COMPORTEMENTS

	SOUVENT	PARFOIS	RAREMENT	JAMAIS
Intolérance au bruit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficulté lors des changements d'activités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficultés à gérer les situations imprévues	<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"/>
A-t-il tendance à faire des crises?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agressivité envers lui-même	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quelles sont les interventions efficaces à utiliser durant ces crises?				
Quels sont ses intérêts, passe-temps ou loisirs préférés?				
Quels sont les meilleurs moyens pour l'encourager, le motiver ou le calmer?				
<b>Veillez proposer des activités pour faciliter l'intégration de votre enfant aux activités du camps</b> (ex. temps seul, marches, lecture)				