



À compléter par un professionnel de la santé

Note : Il est important de spécifier que le programme d'accompagnement du camp de jour n'est pas un service de soins et d'accompagnement spécialisé, ni un service de répit.

1. Identification de l'enfant

Nom et prénom:

Date de naissance:

Sexe: F M

Âge:

2. Quelle est votre profession?

Médecin de famille

Pédiatre

Psychologue

Physiothérapeute

Psychoéducateur

Éducateur spécialisé

Travailleur social

Autres, spécifiez:

3. Depuis combien de temps intervenez-vous auprès de l'enfant?

4. Diagnostic

Est-ce qu'un diagnostic a été émis?

Oui Non

Si oui, lequel :

Si non, l'enfant est-il en attente d'un diagnostic ?

Oui Non

Diagnostic envisagé :

5. Médication

Est-ce que l'enfant prend des médicaments?

Oui Non

Si oui, lesquels :

6. Ratio d'accompagnement recommandé

Dans un CONTEXTE DE LOISIRS ET NON SCOLAIRE (contexte qui bouge beaucoup, sorties, etc.)

- 1 pour 1 : L'enfant ne peut pas être jumelé avec un autre. Ses besoins nécessitent que l'accompagnateur soit en soutien constant.
- 1 pour 2 : L'enfant peut être jumelé avec un autre enfant. L'accompagnateur doit apporter un soutien continu, mais peut partager son temps entre les deux.
- 1 pour 3 : L'enfant a besoin d'une surveillance et d'un encadrement dans les activités du camp de jour pour bien s'intégrer. Il peut être jumelé avec deux autres enfants.
- 1 pour 10 : L'enfant n'a pas besoin d'accompagnement particulier et peut être jumelé avec un groupe régulier d'enfants.

7. Autres informations pertinentes à savoir au sujet de l'enfant :

Nom du médecin/professionnel :

Signature : _____

Date :