# CAMP DE VACANCES ET RÉPITS

## FICHE SANTÉ DÉTAILLÉE

| **PARTICIPANT** | | | |
|---|---|---|---|
| Prénom | | Nom | |
| Date de naissance | | Sexe | ☐ Masculin ☐ Féminin |
| No. assurance maladie | | Expiration | |
| Le participant possède-t-il une assurance médicament ? | ☐ Privée ☐ RAMQ ☐ Autre(s) : | | |
| Vaccin antitétanique (tétanos) | ☐ NON ☐ OUI Date : | | |
| Le participant souffre-t-il d'une des conditions/maladies suivantes : | | | |
| ☐ Asthme ☐ Indigestion ☐ Manque d'appétit ☐ Boulimie ☐ Constipation ☐ Trouble cardiaque<br>☐ Trouble urinaire ☐ Sida / VIH ☐ Hépatite ☐ Maladie de peau ☐ Diabète (fournir le régime alimentaire)<br>☐ Épilepsie ☐ Contrôlée ☐ non-contrôlée *(fournir le rapport médical expliquant la manifestation et signaler les dernières crises)* | | | |
| Le participant souffre-t-il d'incontinence | ☐ NON ☐ OUI (obligatoire) | | |
| ALLERGIES médicaments | ☐ NON ☐ OUI, précisez : | | |
| ALLERGIES aliments | ☐ NON ☐ OUI, précisez : | | |
| Possède un Épipen | ☐ NON ☐ OUI Autres allergies : | | |
| Le participant a-t-il un appareil auditif | ☐ Implant cochléaire ☐ Prothèse auditive ☐ Autre : | | |
| **Type de communication :** ☐ LSQ ☐ Français ☐ ASL ☐ Anglais ☐ Pictogrammes ☐ Non verbal | | | |
| **Nom des autres maladies ou handicaps** | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Antécédents médicaux (portez attention au diagnostic qui justifie le handicap)** | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Autres informations pertinentes** | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Le participant a-t-il un risque particulier de déshydratation, coup de chaleur ou d'infection quelconque?** | | | |
| ☐ NON ☐ OUI, si oui à quel moment ? | | | |

# CAMP DE VACANCES ET RÉPITS

## FICHE SANTÉ DÉTAILLÉE

| AUTONOMIE | | | |
|---|---|---|---|
| S'habiller : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Se laver : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Aller à la toilette : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ Rappel |
| S'orienter : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Se déplacer : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Utilisation d'un fauteuil roulant ou autre appareil de support : | ☐ Oui, précisez : | | |

| ALIMENTATION | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Manger : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | | |
| Boire : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | | |
| Intolérances ou restrictions alimentaires : | ☐ Non | ☐ Oui, précisez : | | |
| Présentation des aliments : | ☐ Tel quel | ☐ Hachés | ☐ En purée | ☐ Liquide |

| Type de comportement et degré de compréhension des consignes |
|---|
| |
| |
| |

| Le participant a-t-il ces comportements : | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ☐ Agressivité envers lui-même | ☐ Fugue | ☐ Tendance à s'isoler | | |
| ☐ Agressivité envers les autres | ☐ hyperactivités | ☐ Gestes autistiques | ☐ Opposition | ☐ Anxiété |

| Les éléments qui peuvent déclencher une désorganisation et les stratégies de contrôle |
|---|
| |
| |
| |

| Routine importante pour le participant |
|---|
| |
| |

| Date | Signature |
|---|---|
| | |

# CAMP DE VACANCES ET RÉPITS

## FICHE SANTÉ DÉTAILLÉE

| **PARTICIPANT** | | | |
|---|---|---|---|
| Prénom | | Nom | |
| Date de naissance | | Sexe | ☐ Masculin ☐ Féminin |
| No. assurance maladie | | Expiration | |
| Le participant possède-t-il une assurance médicament ? | ☐ Privée ☐ RAMQ ☐ Autre(s) : | | |
| Vaccin antitétanique (tétanos) | ☐ NON ☐ OUI Date : | | |
| Le participant souffre-t-il d'une des conditions/maladies suivantes : | | | |
| ☐ Asthme ☐ Indigestion ☐ Manque d'appétit ☐ Boulimie ☐ Constipation ☐ Trouble cardiaque<br>☐ Trouble urinaire ☐ Sida / VIH ☐ Hépatite ☐ Maladie de peau ☐ Diabète (fournir le régime alimentaire)<br>☐ Épilepsie ☐ Contrôlée ☐ non-contrôlée *(fournir le rapport médical expliquant la manifestation et signaler les dernières crises)* | | | |
| Le participant souffre-t-il d'incontinence | ☐ NON ☐ OUI (obligatoire) | | |
| ALLERGIES médicaments | ☐ NON ☐ OUI, précisez : | | |
| ALLERGIES aliments | ☐ NON ☐ OUI, précisez : | | |
| Possède un Épipen | ☐ NON ☐ OUI Autres allergies : | | |
| Le participant a-t-il un appareil auditif | ☐ Implant cochléaire ☐ Prothèse auditive ☐ Autre : | | |
| **Type de communication :** ☐ LSQ ☐ Français ☐ ASL ☐ Anglais ☐ Pictogrammes ☐ Non verbal | | | |
| **Nom des autres maladies ou handicaps** | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Antécédents médicaux (portez attention au diagnostic qui justifie le handicap)** | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Autres informations pertinentes** | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Le participant a-t-il un risque particulier de déshydratation, coup de chaleur ou d'infection quelconque?** | | | |
| ☐ NON ☐ OUI, si oui à quel moment ? | | | |

# CAMP DE VACANCES ET RÉPITS

## FICHE SANTÉ DÉTAILLÉE

| AUTONOMIE | | | |
|---|---|---|---|
| S'habiller : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Se laver : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Aller à la toilette : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ Rappel |
| S'orienter : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Se déplacer : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Utilisation d'un fauteuil roulant ou autre appareil de support : | ☐ Oui, précisez : | | |

| ALIMENTATION | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Manger : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | | |
| Boire : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | | |
| Intolérances ou restrictions alimentaires : | ☐ Non | ☐ Oui, précisez : | | |
| Présentation des aliments : | ☐ Tel quel | ☐ Hachés | ☐ En purée | ☐ Liquide |

| Type de comportement et degré de compréhension des consignes |
|---|
| |
| |
| |

| Le participant a-t-il ces comportements : | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ☐ Agressivité envers lui-même | ☐ Fugue | ☐ Tendance à s'isoler | | |
| ☐ Agressivité envers les autres | ☐ hyperactivités | ☐ Gestes autistiques | ☐ Opposition | ☐ Anxiété |

| Les éléments qui peuvent déclencher une désorganisation et les stratégies de contrôle |
|---|
| |
| |
| |

| Routine importante pour le participant |
|---|
| |
| |

| Date | Signature |
|---|---|
| | |

# CAMP DE VACANCES ET RÉPITS

## FICHE SANTÉ DÉTAILLÉE

| **PARTICIPANT** | | | |
|---|---|---|---|
| Prénom | | Nom | |
| Date de naissance | | Sexe | ☐ Masculin ☐ Féminin |
| No. assurance maladie | | Expiration | |
| Le participant possède-t-il une assurance médicament ? | ☐ Privée ☐ RAMQ ☐ Autre(s) : | | |
| Vaccin antitétanique (tétanos) | ☐ NON ☐ OUI Date : | | |
| Le participant souffre-t-il d'une des conditions/maladies suivantes : | | | |
| ☐ Asthme ☐ Indigestion ☐ Manque d'appétit ☐ Boulimie ☐ Constipation ☐ Trouble cardiaque<br>☐ Trouble urinaire ☐ Sida / VIH ☐ Hépatite ☐ Maladie de peau ☐ Diabète (fournir le régime alimentaire)<br>☐ Épilepsie ☐ Contrôlée ☐ non-contrôlée *(fournir le rapport médical expliquant la manifestation et signaler les dernières crises)* | | | |
| Le participant souffre-t-il d'incontinence | ☐ NON ☐ OUI (obligatoire) | | |
| ALLERGIES médicaments | ☐ NON ☐ OUI, précisez : | | |
| ALLERGIES aliments | ☐ NON ☐ OUI, précisez : | | |
| Possède un Épipen | ☐ NON ☐ OUI Autres allergies : | | |
| Le participant a-t-il un appareil auditif | ☐ Implant cochléaire ☐ Prothèse auditive ☐ Autre : | | |
| **Type de communication :** ☐ LSQ ☐ Français ☐ ASL ☐ Anglais ☐ Pictogrammes ☐ Non verbal | | | |
| **Nom des autres maladies ou handicaps** | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Antécédents médicaux (portez attention au diagnostic qui justifie le handicap)** | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Autres informations pertinentes** | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Le participant a-t-il un risque particulier de déshydratation, coup de chaleur ou d'infection quelconque?** | | | |
| ☐ NON ☐ OUI, si oui à quel moment ? | | | |

# CAMP DE VACANCES ET RÉPITS

## FICHE SANTÉ DÉTAILLÉE

| AUTONOMIE | | | |
|---|---|---|---|
| S'habiller : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Se laver : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Aller à la toilette : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ Rappel |
| S'orienter : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Se déplacer : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Utilisation d'un fauteuil roulant ou autre appareil de support : | ☐ Oui, précisez : | | |

| ALIMENTATION | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Manger : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | | |
| Boire : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | | |
| Intolérances ou restrictions alimentaires : | ☐ Non | ☐ Oui, précisez : | | |
| Présentation des aliments : | ☐ Tel quel | ☐ Hachés | ☐ En purée | ☐ Liquide |

| Type de comportement et degré de compréhension des consignes |
|---|
| |
| |
| |

| Le participant a-t-il ces comportements : | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ☐ Agressivité envers lui-même | ☐ Fugue | ☐ Tendance à s'isoler | | |
| ☐ Agressivité envers les autres | ☐ hyperactivités | ☐ Gestes autistiques | ☐ Opposition | ☐ Anxiété |

| Les éléments qui peuvent déclencher une désorganisation et les stratégies de contrôle |
|---|
| |
| |
| |

| Routine importante pour le participant |
|---|
| |
| |

| Date | Signature |
|---|---|
| | |

# CAMP DE VACANCES ET RÉPITS

## FICHE SANTÉ DÉTAILLÉE

| **PARTICIPANT** | | | |
|---|---|---|---|
| Prénom | | Nom | |
| Date de naissance | | Sexe | ☐ Masculin ☐ Féminin |
| No. assurance maladie | | Expiration | |
| Le participant possède-t-il une assurance médicament ? | ☐ Privée ☐ RAMQ ☐ Autre(s) : | | |
| Vaccin antitétanique (tétanos) | ☐ NON ☐ OUI Date : | | |
| Le participant souffre-t-il d'une des conditions/maladies suivantes : | | | |
| ☐ Asthme ☐ Indigestion ☐ Manque d'appétit ☐ Boulimie ☐ Constipation ☐ Trouble cardiaque<br>☐ Trouble urinaire ☐ Sida / VIH ☐ Hépatite ☐ Maladie de peau ☐ Diabète (fournir le régime alimentaire)<br>☐ Épilepsie ☐ Contrôlée ☐ non-contrôlée *(fournir le rapport médical expliquant la manifestation et signaler les dernières crises)* | | | |
| Le participant souffre-t-il d'incontinence | ☐ NON ☐ OUI (obligatoire) | | |
| ALLERGIES médicaments | ☐ NON ☐ OUI, précisez : | | |
| ALLERGIES aliments | ☐ NON ☐ OUI, précisez : | | |
| Possède un Épipen | ☐ NON ☐ OUI Autres allergies : | | |
| Le participant a-t-il un appareil auditif | ☐ Implant cochléaire ☐ Prothèse auditive ☐ Autre : | | |
| **Type de communication :** ☐ LSQ ☐ Français ☐ ASL ☐ Anglais ☐ Pictogrammes ☐ Non verbal | | | |
| **Nom des autres maladies ou handicaps** | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Antécédents médicaux (portez attention au diagnostic qui justifie le handicap)** | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Autres informations pertinentes** | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Le participant a-t-il un risque particulier de déshydratation, coup de chaleur ou d'infection quelconque?** | | | |
| ☐ NON ☐ OUI, si oui à quel moment ? | | | |

# CAMP DE VACANCES ET RÉPITS

## FICHE SANTÉ DÉTAILLÉE

| AUTONOMIE | | | |
|---|---|---|---|
| S'habiller : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Se laver : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Aller à la toilette : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ Rappel |
| S'orienter : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Se déplacer : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Utilisation d'un fauteuil roulant ou autre appareil de support : | ☐ Oui, précisez : | | |

| ALIMENTATION | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Manger : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | | |
| Boire : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | | |
| Intolérances ou restrictions alimentaires : | ☐ Non | ☐ Oui, précisez : | | |
| Présentation des aliments : | ☐ Tel quel | ☐ Hachés | ☐ En purée | ☐ Liquide |

| Type de comportement et degré de compréhension des consignes |
|---|
| |
| |
| |

| Le participant a-t-il ces comportements : | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ☐ Agressivité envers lui-même | ☐ Fugue | ☐ Tendance à s'isoler | | |
| ☐ Agressivité envers les autres | ☐ hyperactivités | ☐ Gestes autistiques | ☐ Opposition | ☐ Anxiété |

| Les éléments qui peuvent déclencher une désorganisation et les stratégies de contrôle |
|---|
| |
| |
| |

| Routine importante pour le participant |
|---|
| |
| |

| Date | Signature |
|---|---|
| | |

# CAMP DE VACANCES ET RÉPITS

## FICHE SANTÉ DÉTAILLÉE

| **PARTICIPANT** | | | |
|---|---|---|---|
| Prénom | | Nom | |
| Date de naissance | | Sexe | ☐ Masculin ☐ Féminin |
| No. assurance maladie | | Expiration | |
| Le participant possède-t-il une assurance médicament ? | ☐ Privée ☐ RAMQ ☐ Autre(s) : | | |
| Vaccin antitétanique (tétanos) | ☐ NON ☐ OUI Date : | | |
| Le participant souffre-t-il d'une des conditions/maladies suivantes : | | | |
| ☐ Asthme ☐ Indigestion ☐ Manque d'appétit ☐ Boulimie ☐ Constipation ☐ Trouble cardiaque<br>☐ Trouble urinaire ☐ Sida / VIH ☐ Hépatite ☐ Maladie de peau ☐ Diabète (fournir le régime alimentaire)<br>☐ Épilepsie ☐ Contrôlée ☐ non-contrôlée *(fournir le rapport médical expliquant la manifestation et signaler les dernières crises)* | | | |
| Le participant souffre-t-il d'incontinence | ☐ NON ☐ OUI (obligatoire) | | |
| ALLERGIES médicaments | ☐ NON ☐ OUI, précisez : | | |
| ALLERGIES aliments | ☐ NON ☐ OUI, précisez : | | |
| Possède un Épipen | ☐ NON ☐ OUI Autres allergies : | | |
| Le participant a-t-il un appareil auditif | ☐ Implant cochléaire ☐ Prothèse auditive ☐ Autre : | | |
| **Type de communication :** ☐ LSQ ☐ Français ☐ ASL ☐ Anglais ☐ Pictogrammes ☐ Non verbal | | | |
| **Nom des autres maladies ou handicaps** | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Antécédents médicaux (portez attention au diagnostic qui justifie le handicap)** | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Autres informations pertinentes** | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Le participant a-t-il un risque particulier de déshydratation, coup de chaleur ou d'infection quelconque?** | | | |
| ☐ NON ☐ OUI, si oui à quel moment ? | | | |

# CAMP DE VACANCES ET RÉPITS

## FICHE SANTÉ DÉTAILLÉE

| AUTONOMIE | | | |
|---|---|---|---|
| S'habiller : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Se laver : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Aller à la toilette : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ Rappel |
| S'orienter : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Se déplacer : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Utilisation d'un fauteuil roulant ou autre appareil de support : | ☐ Oui, précisez : | | |

| ALIMENTATION | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Manger : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | | |
| Boire : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | | |
| Intolérances ou restrictions alimentaires : | ☐ Non | ☐ Oui, précisez : | | |
| Présentation des aliments : | ☐ Tel quel | ☐ Hachés | ☐ En purée | ☐ Liquide |

| Type de comportement et degré de compréhension des consignes |
|---|
| |
| |
| |

| Le participant a-t-il ces comportements : | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ☐ Agressivité envers lui-même | ☐ Fugue | ☐ Tendance à s'isoler | | |
| ☐ Agressivité envers les autres | ☐ hyperactivités | ☐ Gestes autistiques | ☐ Opposition | ☐ Anxiété |

| Les éléments qui peuvent déclencher une désorganisation et les stratégies de contrôle |
|---|
| |
| |
| |

| Routine importante pour le participant |
|---|
| |
| |

| Date | Signature |
|---|---|
| | |

# CAMP DE VACANCES ET RÉPITS

## FICHE SANTÉ DÉTAILLÉE

| **PARTICIPANT** | | | |
|---|---|---|---|
| Prénom | | Nom | |
| Date de naissance | | Sexe | ☐ Masculin ☐ Féminin |
| No. assurance maladie | | Expiration | |
| Le participant possède-t-il une assurance médicament ? | ☐ Privée ☐ RAMQ ☐ Autre(s) : | | |
| Vaccin antitétanique (tétanos) | ☐ NON ☐ OUI Date : | | |
| Le participant souffre-t-il d'une des conditions/maladies suivantes : | | | |
| ☐ Asthme ☐ Indigestion ☐ Manque d'appétit ☐ Boulimie ☐ Constipation ☐ Trouble cardiaque<br>☐ Trouble urinaire ☐ Sida / VIH ☐ Hépatite ☐ Maladie de peau ☐ Diabète (fournir le régime alimentaire)<br>☐ Épilepsie ☐ Contrôlée ☐ non-contrôlée *(fournir le rapport médical expliquant la manifestation et signaler les dernières crises)* | | | |
| Le participant souffre-t-il d'incontinence | ☐ NON ☐ OUI (obligatoire) | | |
| ALLERGIES médicaments | ☐ NON ☐ OUI, précisez : | | |
| ALLERGIES aliments | ☐ NON ☐ OUI, précisez : | | |
| Possède un Épipen | ☐ NON ☐ OUI Autres allergies : | | |
| Le participant a-t-il un appareil auditif | ☐ Implant cochléaire ☐ Prothèse auditive ☐ Autre : | | |
| **Type de communication :** ☐ LSQ ☐ Français ☐ ASL ☐ Anglais ☐ Pictogrammes ☐ Non verbal | | | |
| **Nom des autres maladies ou handicaps** | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Antécédents médicaux (portez attention au diagnostic qui justifie le handicap)** | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Autres informations pertinentes** | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Le participant a-t-il un risque particulier de déshydratation, coup de chaleur ou d'infection quelconque?** | | | |
| ☐ NON ☐ OUI, si oui à quel moment ? | | | |

# CAMP DE VACANCES ET RÉPITS

## FICHE SANTÉ DÉTAILLÉE

| AUTONOMIE | | | |
|---|---|---|---|
| S'habiller : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Se laver : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Aller à la toilette : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ Rappel |
| S'orienter : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Se déplacer : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Utilisation d'un fauteuil roulant ou autre appareil de support : | ☐ Oui, précisez : | | |

| ALIMENTATION | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Manger : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | | |
| Boire : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | | |
| Intolérances ou restrictions alimentaires : | ☐ Non | ☐ Oui, précisez : | | |
| Présentation des aliments : | ☐ Tel quel | ☐ Hachés | ☐ En purée | ☐ Liquide |

| Type de comportement et degré de compréhension des consignes |
|---|
| |
| |
| |

| Le participant a-t-il ces comportements : | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ☐ Agressivité envers lui-même | ☐ Fugue | ☐ Tendance à s'isoler | | |
| ☐ Agressivité envers les autres | ☐ hyperactivités | ☐ Gestes autistiques | ☐ Opposition | ☐ Anxiété |

| Les éléments qui peuvent déclencher une désorganisation et les stratégies de contrôle |
|---|
| |
| |
| |

| Routine importante pour le participant |
|---|
| |
| |

| Date | Signature |
|---|---|
| | |

# CAMP DE VACANCES ET RÉPITS

## FICHE SANTÉ DÉTAILLÉE

| **PARTICIPANT** | | | |
|---|---|---|---|
| Prénom | | Nom | |
| Date de naissance | | Sexe | ☐ Masculin ☐ Féminin |
| No. assurance maladie | | Expiration | |
| Le participant possède-t-il une assurance médicament ? | ☐ Privée ☐ RAMQ ☐ Autre(s) : | | |
| Vaccin antitétanique (tétanos) | ☐ NON ☐ OUI Date : | | |
| Le participant souffre-t-il d'une des conditions/maladies suivantes : | | | |
| ☐ Asthme ☐ Indigestion ☐ Manque d'appétit ☐ Boulimie ☐ Constipation ☐ Trouble cardiaque<br>☐ Trouble urinaire ☐ Sida / VIH ☐ Hépatite ☐ Maladie de peau ☐ Diabète (fournir le régime alimentaire)<br>☐ Épilepsie ☐ Contrôlée ☐ non-contrôlée *(fournir le rapport médical expliquant la manifestation et signaler les dernières crises)* | | | |
| Le participant souffre-t-il d'incontinence | ☐ NON ☐ OUI (obligatoire) | | |
| ALLERGIES médicaments | ☐ NON ☐ OUI, précisez : | | |
| ALLERGIES aliments | ☐ NON ☐ OUI, précisez : | | |
| Possède un Épipen | ☐ NON ☐ OUI Autres allergies : | | |
| Le participant a-t-il un appareil auditif | ☐ Implant cochléaire ☐ Prothèse auditive ☐ Autre : | | |
| **Type de communication :** ☐ LSQ ☐ Français ☐ ASL ☐ Anglais ☐ Pictogrammes ☐ Non verbal | | | |
| **Nom des autres maladies ou handicaps** | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Antécédents médicaux (portez attention au diagnostic qui justifie le handicap)** | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Autres informations pertinentes** | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Le participant a-t-il un risque particulier de déshydratation, coup de chaleur ou d'infection quelconque?** | | | |
| ☐ NON ☐ OUI, si oui à quel moment ? | | | |

# CAMP DE VACANCES ET RÉPITS

## FICHE SANTÉ DÉTAILLÉE

| AUTONOMIE | | | |
|---|---|---|---|
| S'habiller : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Se laver : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Aller à la toilette : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ Rappel |
| S'orienter : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Se déplacer : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Utilisation d'un fauteuil roulant ou autre appareil de support : | ☐ Oui, précisez : | | |

| ALIMENTATION | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Manger : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | | |
| Boire : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | | |
| Intolérances ou restrictions alimentaires : | ☐ Non | ☐ Oui, précisez : | | |
| Présentation des aliments : | ☐ Tel quel | ☐ Hachés | ☐ En purée | ☐ Liquide |

| Type de comportement et degré de compréhension des consignes |
|---|
| |
| |
| |

| Le participant a-t-il ces comportements : | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ☐ Agressivité envers lui-même | ☐ Fugue | ☐ Tendance à s'isoler | | |
| ☐ Agressivité envers les autres | ☐ hyperactivités | ☐ Gestes autistiques | ☐ Opposition | ☐ Anxiété |

| Les éléments qui peuvent déclencher une désorganisation et les stratégies de contrôle |
|---|
| |
| |
| |

| Routine importante pour le participant |
|---|
| |
| |

| Date | Signature |
|---|---|
| | |

# CAMP DE VACANCES ET RÉPITS

## FICHE SANTÉ DÉTAILLÉE

| **PARTICIPANT** | | | |
|---|---|---|---|
| Prénom | | Nom | |
| Date de naissance | | Sexe | ☐ Masculin ☐ Féminin |
| No. assurance maladie | | Expiration | |
| Le participant possède-t-il une assurance médicament ? | ☐ Privée ☐ RAMQ ☐ Autre(s) : | | |
| Vaccin antitétanique (tétanos) | ☐ NON ☐ OUI Date : | | |
| Le participant souffre-t-il d'une des conditions/maladies suivantes : | | | |
| ☐ Asthme ☐ Indigestion ☐ Manque d'appétit ☐ Boulimie ☐ Constipation ☐ Trouble cardiaque<br>☐ Trouble urinaire ☐ Sida / VIH ☐ Hépatite ☐ Maladie de peau ☐ Diabète (fournir le régime alimentaire)<br>☐ Épilepsie ☐ Contrôlée ☐ non-contrôlée *(fournir le rapport médical expliquant la manifestation et signaler les dernières crises)* | | | |
| Le participant souffre-t-il d'incontinence | ☐ NON ☐ OUI (obligatoire) | | |
| ALLERGIES médicaments | ☐ NON ☐ OUI, précisez : | | |
| ALLERGIES aliments | ☐ NON ☐ OUI, précisez : | | |
| Possède un Épipen | ☐ NON ☐ OUI Autres allergies : | | |
| Le participant a-t-il un appareil auditif | ☐ Implant cochléaire ☐ Prothèse auditive ☐ Autre : | | |
| **Type de communication :** ☐ LSQ ☐ Français ☐ ASL ☐ Anglais ☐ Pictogrammes ☐ Non verbal | | | |
| **Nom des autres maladies ou handicaps** | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Antécédents médicaux (portez attention au diagnostic qui justifie le handicap)** | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Autres informations pertinentes** | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Le participant a-t-il un risque particulier de déshydratation, coup de chaleur ou d'infection quelconque?** | | | |
| ☐ NON ☐ OUI, si oui à quel moment ? | | | |

# CAMP DE VACANCES ET RÉPITS

## FICHE SANTÉ DÉTAILLÉE

| AUTONOMIE | | | |
|---|---|---|---|
| S'habiller : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Se laver : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Aller à la toilette : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ Rappel |
| S'orienter : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Se déplacer : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Utilisation d'un fauteuil roulant ou autre appareil de support : | ☐ Oui, précisez : | | |

| ALIMENTATION | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Manger : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | | |
| Boire : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | | |
| Intolérances ou restrictions alimentaires : | ☐ Non | ☐ Oui, précisez : | | |
| Présentation des aliments : | ☐ Tel quel | ☐ Hachés | ☐ En purée | ☐ Liquide |

| Type de comportement et degré de compréhension des consignes |
|---|
| |
| |
| |

| Le participant a-t-il ces comportements : | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ☐ Agressivité envers lui-même | ☐ Fugue | ☐ Tendance à s'isoler | | |
| ☐ Agressivité envers les autres | ☐ hyperactivités | ☐ Gestes autistiques | ☐ Opposition | ☐ Anxiété |

| Les éléments qui peuvent déclencher une désorganisation et les stratégies de contrôle |
|---|
| |
| |
| |

| Routine importante pour le participant |
|---|
| |
| |

| Date | Signature |
|---|---|
| | |

# CAMP DE VACANCES ET RÉPITS

## FICHE SANTÉ DÉTAILLÉE

| **PARTICIPANT** | | | |
|---|---|---|---|
| Prénom | | Nom | |
| Date de naissance | | Sexe | ☐ Masculin ☐ Féminin |
| No. assurance maladie | | Expiration | |
| Le participant possède-t-il une assurance médicament ? | ☐ Privée ☐ RAMQ ☐ Autre(s) : | | |
| Vaccin antitétanique (tétanos) | ☐ NON ☐ OUI Date : | | |
| Le participant souffre-t-il d'une des conditions/maladies suivantes : | | | |
| ☐ Asthme ☐ Indigestion ☐ Manque d'appétit ☐ Boulimie ☐ Constipation ☐ Trouble cardiaque<br>☐ Trouble urinaire ☐ Sida / VIH ☐ Hépatite ☐ Maladie de peau ☐ Diabète (fournir le régime alimentaire)<br>☐ Épilepsie ☐ Contrôlée ☐ non-contrôlée *(fournir le rapport médical expliquant la manifestation et signaler les dernières crises)* | | | |
| Le participant souffre-t-il d'incontinence | ☐ NON ☐ OUI (obligatoire) | | |
| ALLERGIES médicaments | ☐ NON ☐ OUI, précisez : | | |
| ALLERGIES aliments | ☐ NON ☐ OUI, précisez : | | |
| Possède un Épipen | ☐ NON ☐ OUI Autres allergies : | | |
| Le participant a-t-il un appareil auditif | ☐ Implant cochléaire ☐ Prothèse auditive ☐ Autre : | | |
| **Type de communication :** ☐ LSQ ☐ Français ☐ ASL ☐ Anglais ☐ Pictogrammes ☐ Non verbal | | | |
| **Nom des autres maladies ou handicaps** | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Antécédents médicaux (portez attention au diagnostic qui justifie le handicap)** | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Autres informations pertinentes** | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Le participant a-t-il un risque particulier de déshydratation, coup de chaleur ou d'infection quelconque?** | | | |
| ☐ NON ☐ OUI, si oui à quel moment ? | | | |

# CAMP DE VACANCES ET RÉPITS

## FICHE SANTÉ DÉTAILLÉE

| AUTONOMIE | | | |
|---|---|---|---|
| S'habiller : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Se laver : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Aller à la toilette : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ Rappel |
| S'orienter : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Se déplacer : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Utilisation d'un fauteuil roulant ou autre appareil de support : | ☐ Oui, précisez : | | |

| ALIMENTATION | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Manger : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | | |
| Boire : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | | |
| Intolérances ou restrictions alimentaires : | ☐ Non | ☐ Oui, précisez : | | |
| Présentation des aliments : | ☐ Tel quel | ☐ Hachés | ☐ En purée | ☐ Liquide |

| Type de comportement et degré de compréhension des consignes |
|---|
| |
| |
| |

| Le participant a-t-il ces comportements : | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ☐ Agressivité envers lui-même | ☐ Fugue | ☐ Tendance à s'isoler | | |
| ☐ Agressivité envers les autres | ☐ hyperactivités | ☐ Gestes autistiques | ☐ Opposition | ☐ Anxiété |

| Les éléments qui peuvent déclencher une désorganisation et les stratégies de contrôle |
|---|
| |
| |
| |

| Routine importante pour le participant |
|---|
| |
| |

| Date | Signature |
|---|---|
| | |

# CAMP DE VACANCES ET RÉPITS

## FICHE SANTÉ DÉTAILLÉE

| **PARTICIPANT** | | | |
|---|---|---|---|
| Prénom | | Nom | |
| Date de naissance | | Sexe | ☐ Masculin ☐ Féminin |
| No. assurance maladie | | Expiration | |
| Le participant possède-t-il une assurance médicament ? | ☐ Privée ☐ RAMQ ☐ Autre(s) : | | |
| Vaccin antitétanique (tétanos) | ☐ NON ☐ OUI Date : | | |
| Le participant souffre-t-il d'une des conditions/maladies suivantes : | | | |
| ☐ Asthme ☐ Indigestion ☐ Manque d'appétit ☐ Boulimie ☐ Constipation ☐ Trouble cardiaque<br>☐ Trouble urinaire ☐ Sida / VIH ☐ Hépatite ☐ Maladie de peau ☐ Diabète (fournir le régime alimentaire)<br>☐ Épilepsie ☐ Contrôlée ☐ non-contrôlée *(fournir le rapport médical expliquant la manifestation et signaler les dernières crises)* | | | |
| Le participant souffre-t-il d'incontinence | ☐ NON ☐ OUI (obligatoire) | | |
| ALLERGIES médicaments | ☐ NON ☐ OUI, précisez : | | |
| ALLERGIES aliments | ☐ NON ☐ OUI, précisez : | | |
| Possède un Épipen | ☐ NON ☐ OUI Autres allergies : | | |
| Le participant a-t-il un appareil auditif | ☐ Implant cochléaire ☐ Prothèse auditive ☐ Autre : | | |
| **Type de communication :** ☐ LSQ ☐ Français ☐ ASL ☐ Anglais ☐ Pictogrammes ☐ Non verbal | | | |
| **Nom des autres maladies ou handicaps** | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Antécédents médicaux (portez attention au diagnostic qui justifie le handicap)** | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Autres informations pertinentes** | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Le participant a-t-il un risque particulier de déshydratation, coup de chaleur ou d'infection quelconque?** | | | |
| ☐ NON ☐ OUI, si oui à quel moment ? | | | |

# CAMP DE VACANCES ET RÉPITS

## FICHE SANTÉ DÉTAILLÉE

| AUTONOMIE | | | |
|---|---|---|---|
| S'habiller : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Se laver : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Aller à la toilette : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ Rappel |
| S'orienter : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Se déplacer : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Utilisation d'un fauteuil roulant ou autre appareil de support : | ☐ Oui, précisez : | | |

| ALIMENTATION | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Manger : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | | |
| Boire : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | | |
| Intolérances ou restrictions alimentaires : | ☐ Non | ☐ Oui, précisez : | | |
| Présentation des aliments : | ☐ Tel quel | ☐ Hachés | ☐ En purée | ☐ Liquide |

| Type de comportement et degré de compréhension des consignes |
|---|
| |
| |
| |

| Le participant a-t-il ces comportements : | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ☐ Agressivité envers lui-même | ☐ Fugue | ☐ Tendance à s'isoler | | |
| ☐ Agressivité envers les autres | ☐ hyperactivités | ☐ Gestes autistiques | ☐ Opposition | ☐ Anxiété |

| Les éléments qui peuvent déclencher une désorganisation et les stratégies de contrôle |
|---|
| |
| |
| |

| Routine importante pour le participant |
|---|
| |
| |

| Date | Signature |
|---|---|
| | |

# CAMP DE VACANCES ET RÉPITS

## FICHE SANTÉ DÉTAILLÉE

| **PARTICIPANT** | | | |
|---|---|---|---|
| Prénom | | Nom | |
| Date de naissance | | Sexe | ☐ Masculin ☐ Féminin |
| No. assurance maladie | | Expiration | |
| Le participant possède-t-il une assurance médicament ? | ☐ Privée ☐ RAMQ ☐ Autre(s) : | | |
| Vaccin antitétanique (tétanos) | ☐ NON ☐ OUI Date : | | |
| Le participant souffre-t-il d'une des conditions/maladies suivantes : | | | |
| ☐ Asthme ☐ Indigestion ☐ Manque d'appétit ☐ Boulimie ☐ Constipation ☐ Trouble cardiaque<br>☐ Trouble urinaire ☐ Sida / VIH ☐ Hépatite ☐ Maladie de peau ☐ Diabète (fournir le régime alimentaire)<br>☐ Épilepsie ☐ Contrôlée ☐ non-contrôlée *(fournir le rapport médical expliquant la manifestation et signaler les dernières crises)* | | | |
| Le participant souffre-t-il d'incontinence | ☐ NON ☐ OUI (obligatoire) | | |
| ALLERGIES médicaments | ☐ NON ☐ OUI, précisez : | | |
| ALLERGIES aliments | ☐ NON ☐ OUI, précisez : | | |
| Possède un Épipen | ☐ NON ☐ OUI Autres allergies : | | |
| Le participant a-t-il un appareil auditif | ☐ Implant cochléaire ☐ Prothèse auditive ☐ Autre : | | |
| **Type de communication :** ☐ LSQ ☐ Français ☐ ASL ☐ Anglais ☐ Pictogrammes ☐ Non verbal | | | |
| **Nom des autres maladies ou handicaps** | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Antécédents médicaux (portez attention au diagnostic qui justifie le handicap)** | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Autres informations pertinentes** | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Le participant a-t-il un risque particulier de déshydratation, coup de chaleur ou d'infection quelconque?** | | | |
| ☐ NON ☐ OUI, si oui à quel moment ? | | | |

# CAMP DE VACANCES ET RÉPITS

## FICHE SANTÉ DÉTAILLÉE

| AUTONOMIE | | | |
|---|---|---|---|
| S'habiller : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Se laver : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Aller à la toilette : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ Rappel |
| S'orienter : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Se déplacer : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Utilisation d'un fauteuil roulant ou autre appareil de support : | ☐ Oui, précisez : | | |

| ALIMENTATION | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Manger : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | | |
| Boire : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | | |
| Intolérances ou restrictions alimentaires : | ☐ Non | ☐ Oui, précisez : | | |
| Présentation des aliments : | ☐ Tel quel | ☐ Hachés | ☐ En purée | ☐ Liquide |

| Type de comportement et degré de compréhension des consignes |
|---|
| |
| |
| |

| Le participant a-t-il ces comportements : | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ☐ Agressivité envers lui-même | ☐ Fugue | ☐ Tendance à s'isoler | | |
| ☐ Agressivité envers les autres | ☐ hyperactivités | ☐ Gestes autistiques | ☐ Opposition | ☐ Anxiété |

| Les éléments qui peuvent déclencher une désorganisation et les stratégies de contrôle |
|---|
| |
| |
| |

| Routine importante pour le participant |
|---|
| |
| |

| Date | Signature |
|---|---|
| | |

# CAMP DE VACANCES ET RÉPITS

## FICHE SANTÉ DÉTAILLÉE

| **PARTICIPANT** | | | |
|---|---|---|---|
| Prénom | | Nom | |
| Date de naissance | | Sexe | ☐ Masculin ☐ Féminin |
| No. assurance maladie | | Expiration | |
| Le participant possède-t-il une assurance médicament ? | ☐ Privée ☐ RAMQ ☐ Autre(s) : | | |
| Vaccin antitétanique (tétanos) | ☐ NON ☐ OUI Date : | | |
| Le participant souffre-t-il d'une des conditions/maladies suivantes : | | | |
| ☐ Asthme ☐ Indigestion ☐ Manque d'appétit ☐ Boulimie ☐ Constipation ☐ Trouble cardiaque<br>☐ Trouble urinaire ☐ Sida / VIH ☐ Hépatite ☐ Maladie de peau ☐ Diabète (fournir le régime alimentaire)<br>☐ Épilepsie ☐ Contrôlée ☐ non-contrôlée *(fournir le rapport médical expliquant la manifestation et signaler les dernières crises)* | | | |
| Le participant souffre-t-il d'incontinence | ☐ NON ☐ OUI (obligatoire) | | |
| ALLERGIES médicaments | ☐ NON ☐ OUI, précisez : | | |
| ALLERGIES aliments | ☐ NON ☐ OUI, précisez : | | |
| Possède un Épipen | ☐ NON ☐ OUI Autres allergies : | | |
| Le participant a-t-il un appareil auditif | ☐ Implant cochléaire ☐ Prothèse auditive ☐ Autre : | | |
| **Type de communication :** ☐ LSQ ☐ Français ☐ ASL ☐ Anglais ☐ Pictogrammes ☐ Non verbal | | | |
| **Nom des autres maladies ou handicaps** | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Antécédents médicaux (portez attention au diagnostic qui justifie le handicap)** | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Autres informations pertinentes** | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Le participant a-t-il un risque particulier de déshydratation, coup de chaleur ou d'infection quelconque?** | | | |
| ☐ NON ☐ OUI, si oui à quel moment ? | | | |

# CAMP DE VACANCES ET RÉPITS

## FICHE SANTÉ DÉTAILLÉE

| AUTONOMIE | | | |
|---|---|---|---|
| S'habiller : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Se laver : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Aller à la toilette : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ Rappel |
| S'orienter : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Se déplacer : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Utilisation d'un fauteuil roulant ou autre appareil de support : | ☐ Oui, précisez : | | |

| ALIMENTATION | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Manger : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | | |
| Boire : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | | |
| Intolérances ou restrictions alimentaires : | ☐ Non | ☐ Oui, précisez : | | |
| Présentation des aliments : | ☐ Tel quel | ☐ Hachés | ☐ En purée | ☐ Liquide |

| Type de comportement et degré de compréhension des consignes |
|---|
| |
| |
| |

| Le participant a-t-il ces comportements : | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ☐ Agressivité envers lui-même | ☐ Fugue | ☐ Tendance à s'isoler | | |
| ☐ Agressivité envers les autres | ☐ hyperactivités | ☐ Gestes autistiques | ☐ Opposition | ☐ Anxiété |

| Les éléments qui peuvent déclencher une désorganisation et les stratégies de contrôle |
|---|
| |
| |
| |

| Routine importante pour le participant |
|---|
| |
| |

| Date | Signature |
|---|---|
| | |

# CAMP DE VACANCES ET RÉPITS

## FICHE SANTÉ DÉTAILLÉE

| **PARTICIPANT** | | | |
|---|---|---|---|
| Prénom | | Nom | |
| Date de naissance | | Sexe | ☐ Masculin ☐ Féminin |
| No. assurance maladie | | Expiration | |
| Le participant possède-t-il une assurance médicament ? | ☐ Privée ☐ RAMQ ☐ Autre(s) : | | |
| Vaccin antitétanique (tétanos) | ☐ NON ☐ OUI Date : | | |
| Le participant souffre-t-il d'une des conditions/maladies suivantes : | | | |
| ☐ Asthme ☐ Indigestion ☐ Manque d'appétit ☐ Boulimie ☐ Constipation ☐ Trouble cardiaque<br>☐ Trouble urinaire ☐ Sida / VIH ☐ Hépatite ☐ Maladie de peau ☐ Diabète (fournir le régime alimentaire)<br>☐ Épilepsie ☐ Contrôlée ☐ non-contrôlée *(fournir le rapport médical expliquant la manifestation et signaler les dernières crises)* | | | |
| Le participant souffre-t-il d'incontinence | ☐ NON ☐ OUI (obligatoire) | | |
| ALLERGIES médicaments | ☐ NON ☐ OUI, précisez : | | |
| ALLERGIES aliments | ☐ NON ☐ OUI, précisez : | | |
| Possède un Épipen | ☐ NON ☐ OUI Autres allergies : | | |
| Le participant a-t-il un appareil auditif | ☐ Implant cochléaire ☐ Prothèse auditive ☐ Autre : | | |
| **Type de communication :** ☐ LSQ ☐ Français ☐ ASL ☐ Anglais ☐ Pictogrammes ☐ Non verbal | | | |
| **Nom des autres maladies ou handicaps** | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Antécédents médicaux (portez attention au diagnostic qui justifie le handicap)** | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Autres informations pertinentes** | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Le participant a-t-il un risque particulier de déshydratation, coup de chaleur ou d'infection quelconque?** | | | |
| ☐ NON ☐ OUI, si oui à quel moment ? | | | |

# CAMP DE VACANCES ET RÉPITS

## FICHE SANTÉ DÉTAILLÉE

| AUTONOMIE | | | |
|---|---|---|---|
| S'habiller : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Se laver : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Aller à la toilette : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ Rappel |
| S'orienter : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Se déplacer : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Utilisation d'un fauteuil roulant ou autre appareil de support : | ☐ Oui, précisez : | | |

| ALIMENTATION | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Manger : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | | |
| Boire : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | | |
| Intolérances ou restrictions alimentaires : | ☐ Non | ☐ Oui, précisez : | | |
| Présentation des aliments : | ☐ Tel quel | ☐ Hachés | ☐ En purée | ☐ Liquide |

| Type de comportement et degré de compréhension des consignes |
|---|
| |
| |
| |

| Le participant a-t-il ces comportements : | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ☐ Agressivité envers lui-même | ☐ Fugue | ☐ Tendance à s'isoler | | |
| ☐ Agressivité envers les autres | ☐ hyperactivités | ☐ Gestes autistiques | ☐ Opposition | ☐ Anxiété |

| Les éléments qui peuvent déclencher une désorganisation et les stratégies de contrôle |
|---|
| |
| |
| |

| Routine importante pour le participant |
|---|
| |
| |

| Date | Signature |
|---|---|
| | |

# CAMP DE VACANCES ET RÉPITS

## FICHE SANTÉ DÉTAILLÉE

| **PARTICIPANT** | | | |
|---|---|---|---|
| Prénom | | Nom | |
| Date de naissance | | Sexe | ☐ Masculin ☐ Féminin |
| No. assurance maladie | | Expiration | |
| Le participant possède-t-il une assurance médicament ? | ☐ Privée ☐ RAMQ ☐ Autre(s) : | | |
| Vaccin antitétanique (tétanos) | ☐ NON ☐ OUI Date : | | |
| Le participant souffre-t-il d'une des conditions/maladies suivantes : | | | |
| ☐ Asthme ☐ Indigestion ☐ Manque d'appétit ☐ Boulimie ☐ Constipation ☐ Trouble cardiaque<br>☐ Trouble urinaire ☐ Sida / VIH ☐ Hépatite ☐ Maladie de peau ☐ Diabète (fournir le régime alimentaire)<br>☐ Épilepsie ☐ Contrôlée ☐ non-contrôlée *(fournir le rapport médical expliquant la manifestation et signaler les dernières crises)* | | | |
| Le participant souffre-t-il d'incontinence | ☐ NON ☐ OUI (obligatoire) | | |
| ALLERGIES médicaments | ☐ NON ☐ OUI, précisez : | | |
| ALLERGIES aliments | ☐ NON ☐ OUI, précisez : | | |
| Possède un Épipen | ☐ NON ☐ OUI Autres allergies : | | |
| Le participant a-t-il un appareil auditif | ☐ Implant cochléaire ☐ Prothèse auditive ☐ Autre : | | |
| **Type de communication :** ☐ LSQ ☐ Français ☐ ASL ☐ Anglais ☐ Pictogrammes ☐ Non verbal | | | |
| **Nom des autres maladies ou handicaps** | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Antécédents médicaux (portez attention au diagnostic qui justifie le handicap)** | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Autres informations pertinentes** | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Le participant a-t-il un risque particulier de déshydratation, coup de chaleur ou d'infection quelconque?** | | | |
| ☐ NON ☐ OUI, si oui à quel moment ? | | | |

# CAMP DE VACANCES ET RÉPITS

## FICHE SANTÉ DÉTAILLÉE

| AUTONOMIE | | | |
|---|---|---|---|
| S'habiller : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Se laver : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Aller à la toilette : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ Rappel |
| S'orienter : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Se déplacer : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Utilisation d'un fauteuil roulant ou autre appareil de support : | ☐ Oui, précisez : | | |

| ALIMENTATION | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Manger : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | | |
| Boire : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | | |
| Intolérances ou restrictions alimentaires : | ☐ Non | ☐ Oui, précisez : | | |
| Présentation des aliments : | ☐ Tel quel | ☐ Hachés | ☐ En purée | ☐ Liquide |

| Type de comportement et degré de compréhension des consignes |
|---|
| |
| |
| |

| Le participant a-t-il ces comportements : | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ☐ Agressivité envers lui-même | ☐ Fugue | ☐ Tendance à s'isoler | | |
| ☐ Agressivité envers les autres | ☐ hyperactivités | ☐ Gestes autistiques | ☐ Opposition | ☐ Anxiété |

| Les éléments qui peuvent déclencher une désorganisation et les stratégies de contrôle |
|---|
| |
| |
| |

| Routine importante pour le participant |
|---|
| |
| |

| Date | Signature |
|---|---|
| | |

# CAMP DE VACANCES ET RÉPITS

## FICHE SANTÉ DÉTAILLÉE

| **PARTICIPANT** | | | |
|---|---|---|---|
| Prénom | | Nom | |
| Date de naissance | | Sexe | ☐ Masculin ☐ Féminin |
| No. assurance maladie | | Expiration | |
| Le participant possède-t-il une assurance médicament ? | ☐ Privée ☐ RAMQ ☐ Autre(s) : | | |
| Vaccin antitétanique (tétanos) | ☐ NON ☐ OUI Date : | | |
| Le participant souffre-t-il d'une des conditions/maladies suivantes : | | | |
| ☐ Asthme ☐ Indigestion ☐ Manque d'appétit ☐ Boulimie ☐ Constipation ☐ Trouble cardiaque<br>☐ Trouble urinaire ☐ Sida / VIH ☐ Hépatite ☐ Maladie de peau ☐ Diabète (fournir le régime alimentaire)<br>☐ Épilepsie ☐ Contrôlée ☐ non-contrôlée *(fournir le rapport médical expliquant la manifestation et signaler les dernières crises)* | | | |
| Le participant souffre-t-il d'incontinence | ☐ NON ☐ OUI (obligatoire) | | |
| ALLERGIES médicaments | ☐ NON ☐ OUI, précisez : | | |
| ALLERGIES aliments | ☐ NON ☐ OUI, précisez : | | |
| Possède un Épipen | ☐ NON ☐ OUI Autres allergies : | | |
| Le participant a-t-il un appareil auditif | ☐ Implant cochléaire ☐ Prothèse auditive ☐ Autre : | | |
| **Type de communication :** ☐ LSQ ☐ Français ☐ ASL ☐ Anglais ☐ Pictogrammes ☐ Non verbal | | | |
| **Nom des autres maladies ou handicaps** | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Antécédents médicaux (portez attention au diagnostic qui justifie le handicap)** | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Autres informations pertinentes** | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Le participant a-t-il un risque particulier de déshydratation, coup de chaleur ou d'infection quelconque?** | | | |
| ☐ NON ☐ OUI, si oui à quel moment ? | | | |

# CAMP DE VACANCES ET RÉPITS

## FICHE SANTÉ DÉTAILLÉE

| AUTONOMIE | | | |
|---|---|---|---|
| S'habiller : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Se laver : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Aller à la toilette : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ Rappel |
| S'orienter : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Se déplacer : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Utilisation d'un fauteuil roulant ou autre appareil de support : | ☐ Oui, précisez : | | |

| ALIMENTATION | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Manger : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | | |
| Boire : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | | |
| Intolérances ou restrictions alimentaires : | ☐ Non | ☐ Oui, précisez : | | |
| Présentation des aliments : | ☐ Tel quel | ☐ Hachés | ☐ En purée | ☐ Liquide |

| Type de comportement et degré de compréhension des consignes |
|---|
| |
| |
| |

| Le participant a-t-il ces comportements : | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ☐ Agressivité envers lui-même | ☐ Fugue | ☐ Tendance à s'isoler | | |
| ☐ Agressivité envers les autres | ☐ hyperactivités | ☐ Gestes autistiques | ☐ Opposition | ☐ Anxiété |

| Les éléments qui peuvent déclencher une désorganisation et les stratégies de contrôle |
|---|
| |
| |
| |

| Routine importante pour le participant |
|---|
| |
| |

| Date | Signature |
|---|---|
| | |

# CAMP DE VACANCES ET RÉPITS

## FICHE SANTÉ DÉTAILLÉE

| **PARTICIPANT** | | | |
|---|---|---|---|
| Prénom | | Nom | |
| Date de naissance | | Sexe | ☐ Masculin ☐ Féminin |
| No. assurance maladie | | Expiration | |
| Le participant possède-t-il une assurance médicament ? | ☐ Privée ☐ RAMQ ☐ Autre(s) : | | |
| Vaccin antitétanique (tétanos) | ☐ NON ☐ OUI Date : | | |
| Le participant souffre-t-il d'une des conditions/maladies suivantes : | | | |
| ☐ Asthme ☐ Indigestion ☐ Manque d'appétit ☐ Boulimie ☐ Constipation ☐ Trouble cardiaque<br>☐ Trouble urinaire ☐ Sida / VIH ☐ Hépatite ☐ Maladie de peau ☐ Diabète (fournir le régime alimentaire)<br>☐ Épilepsie ☐ Contrôlée ☐ non-contrôlée *(fournir le rapport médical expliquant la manifestation et signaler les dernières crises)* | | | |
| Le participant souffre-t-il d'incontinence | ☐ NON ☐ OUI (obligatoire) | | |
| ALLERGIES médicaments | ☐ NON ☐ OUI, précisez : | | |
| ALLERGIES aliments | ☐ NON ☐ OUI, précisez : | | |
| Possède un Épipen | ☐ NON ☐ OUI Autres allergies : | | |
| Le participant a-t-il un appareil auditif | ☐ Implant cochléaire ☐ Prothèse auditive ☐ Autre : | | |
| **Type de communication :** ☐ LSQ ☐ Français ☐ ASL ☐ Anglais ☐ Pictogrammes ☐ Non verbal | | | |
| **Nom des autres maladies ou handicaps** | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Antécédents médicaux (portez attention au diagnostic qui justifie le handicap)** | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Autres informations pertinentes** | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Le participant a-t-il un risque particulier de déshydratation, coup de chaleur ou d'infection quelconque?** | | | |
| ☐ NON ☐ OUI, si oui à quel moment ? | | | |

# CAMP DE VACANCES ET RÉPITS

## FICHE SANTÉ DÉTAILLÉE

| AUTONOMIE | | | |
|---|---|---|---|
| S'habiller : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Se laver : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Aller à la toilette : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ Rappel |
| S'orienter : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Se déplacer : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Utilisation d'un fauteuil roulant ou autre appareil de support : | ☐ Oui, précisez : | | |

| ALIMENTATION | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Manger : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | | |
| Boire : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | | |
| Intolérances ou restrictions alimentaires : | ☐ Non | ☐ Oui, précisez : | | |
| Présentation des aliments : | ☐ Tel quel | ☐ Hachés | ☐ En purée | ☐ Liquide |

| Type de comportement et degré de compréhension des consignes |
|---|
| |
| |
| |

| Le participant a-t-il ces comportements : | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ☐ Agressivité envers lui-même | ☐ Fugue | ☐ Tendance à s'isoler | | |
| ☐ Agressivité envers les autres | ☐ hyperactivités | ☐ Gestes autistiques | ☐ Opposition | ☐ Anxiété |

| Les éléments qui peuvent déclencher une désorganisation et les stratégies de contrôle |
|---|
| |
| |
| |

| Routine importante pour le participant |
|---|
| |
| |

| Date | Signature |
|---|---|
| | |

# CAMP DE VACANCES ET RÉPITS

## FICHE SANTÉ DÉTAILLÉE

| **PARTICIPANT** | | | |
|---|---|---|---|
| Prénom | | Nom | |
| Date de naissance | | Sexe | ☐ Masculin ☐ Féminin |
| No. assurance maladie | | Expiration | |
| Le participant possède-t-il une assurance médicament ? | ☐ Privée ☐ RAMQ ☐ Autre(s) : | | |
| Vaccin antitétanique (tétanos) | ☐ NON ☐ OUI Date : | | |
| Le participant souffre-t-il d'une des conditions/maladies suivantes : | | | |
| ☐ Asthme ☐ Indigestion ☐ Manque d'appétit ☐ Boulimie ☐ Constipation ☐ Trouble cardiaque<br>☐ Trouble urinaire ☐ Sida / VIH ☐ Hépatite ☐ Maladie de peau ☐ Diabète (fournir le régime alimentaire)<br>☐ Épilepsie ☐ Contrôlée ☐ non-contrôlée *(fournir le rapport médical expliquant la manifestation et signaler les dernières crises)* | | | |
| Le participant souffre-t-il d'incontinence | ☐ NON ☐ OUI (obligatoire) | | |
| ALLERGIES médicaments | ☐ NON ☐ OUI, précisez : | | |
| ALLERGIES aliments | ☐ NON ☐ OUI, précisez : | | |
| Possède un Épipen | ☐ NON ☐ OUI Autres allergies : | | |
| Le participant a-t-il un appareil auditif | ☐ Implant cochléaire ☐ Prothèse auditive ☐ Autre : | | |
| **Type de communication :** ☐ LSQ ☐ Français ☐ ASL ☐ Anglais ☐ Pictogrammes ☐ Non verbal | | | |
| **Nom des autres maladies ou handicaps** | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Antécédents médicaux (portez attention au diagnostic qui justifie le handicap)** | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Autres informations pertinentes** | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Le participant a-t-il un risque particulier de déshydratation, coup de chaleur ou d'infection quelconque?** | | | |
| ☐ NON ☐ OUI, si oui à quel moment ? | | | |

# CAMP DE VACANCES ET RÉPITS

## FICHE SANTÉ DÉTAILLÉE

| AUTONOMIE | | | |
|---|---|---|---|
| S'habiller : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Se laver : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Aller à la toilette : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ Rappel |
| S'orienter : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Se déplacer : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Utilisation d'un fauteuil roulant ou autre appareil de support : | ☐ Oui, précisez : | | |

| ALIMENTATION | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Manger : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | | |
| Boire : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | | |
| Intolérances ou restrictions alimentaires : | ☐ Non | ☐ Oui, précisez : | | |
| Présentation des aliments : | ☐ Tel quel | ☐ Hachés | ☐ En purée | ☐ Liquide |

| Type de comportement et degré de compréhension des consignes |
|---|
| |
| |
| |

| Le participant a-t-il ces comportements : | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ☐ Agressivité envers lui-même | ☐ Fugue | ☐ Tendance à s'isoler | | |
| ☐ Agressivité envers les autres | ☐ hyperactivités | ☐ Gestes autistiques | ☐ Opposition | ☐ Anxiété |

| Les éléments qui peuvent déclencher une désorganisation et les stratégies de contrôle |
|---|
| |
| |
| |

| Routine importante pour le participant |
|---|
| |
| |

| Date | Signature |
|---|---|
| | |

# CAMP DE VACANCES ET RÉPITS

## FICHE SANTÉ DÉTAILLÉE

| **PARTICIPANT** | | | |
|---|---|---|---|
| Prénom | | Nom | |
| Date de naissance | | Sexe | ☐ Masculin ☐ Féminin |
| No. assurance maladie | | Expiration | |
| Le participant possède-t-il une assurance médicament ? | ☐ Privée ☐ RAMQ ☐ Autre(s) : | | |
| Vaccin antitétanique (tétanos) | ☐ NON ☐ OUI Date : | | |
| Le participant souffre-t-il d'une des conditions/maladies suivantes : | | | |
| ☐ Asthme ☐ Indigestion ☐ Manque d'appétit ☐ Boulimie ☐ Constipation ☐ Trouble cardiaque<br>☐ Trouble urinaire ☐ Sida / VIH ☐ Hépatite ☐ Maladie de peau ☐ Diabète (fournir le régime alimentaire)<br>☐ Épilepsie ☐ Contrôlée ☐ non-contrôlée *(fournir le rapport médical expliquant la manifestation et signaler les dernières crises)* | | | |
| Le participant souffre-t-il d'incontinence | ☐ NON ☐ OUI (obligatoire) | | |
| ALLERGIES médicaments | ☐ NON ☐ OUI, précisez : | | |
| ALLERGIES aliments | ☐ NON ☐ OUI, précisez : | | |
| Possède un Épipen | ☐ NON ☐ OUI Autres allergies : | | |
| Le participant a-t-il un appareil auditif | ☐ Implant cochléaire ☐ Prothèse auditive ☐ Autre : | | |
| **Type de communication :** ☐ LSQ ☐ Français ☐ ASL ☐ Anglais ☐ Pictogrammes ☐ Non verbal | | | |
| **Nom des autres maladies ou handicaps** | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Antécédents médicaux (portez attention au diagnostic qui justifie le handicap)** | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Autres informations pertinentes** | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Le participant a-t-il un risque particulier de déshydratation, coup de chaleur ou d'infection quelconque?** | | | |
| ☐ NON ☐ OUI, si oui à quel moment ? | | | |

# CAMP DE VACANCES ET RÉPITS

## FICHE SANTÉ DÉTAILLÉE

| AUTONOMIE | | | |
|---|---|---|---|
| S'habiller : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Se laver : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Aller à la toilette : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ Rappel |
| S'orienter : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Se déplacer : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Utilisation d'un fauteuil roulant ou autre appareil de support : | ☐ Oui, précisez : | | |

| ALIMENTATION | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Manger : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | | |
| Boire : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | | |
| Intolérances ou restrictions alimentaires : | ☐ Non | ☐ Oui, précisez : | | |
| Présentation des aliments : | ☐ Tel quel | ☐ Hachés | ☐ En purée | ☐ Liquide |

| Type de comportement et degré de compréhension des consignes |
|---|
| |
| |
| |

| Le participant a-t-il ces comportements : | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ☐ Agressivité envers lui-même | ☐ Fugue | ☐ Tendance à s'isoler | | |
| ☐ Agressivité envers les autres | ☐ hyperactivités | ☐ Gestes autistiques | ☐ Opposition | ☐ Anxiété |

| Les éléments qui peuvent déclencher une désorganisation et les stratégies de contrôle |
|---|
| |
| |
| |

| Routine importante pour le participant |
|---|
| |
| |

| Date | Signature |
|---|---|
| | |

# CAMP DE VACANCES ET RÉPITS

## FICHE SANTÉ DÉTAILLÉE

| **PARTICIPANT** | | | |
|---|---|---|---|
| Prénom | | Nom | |
| Date de naissance | | Sexe | ☐ Masculin ☐ Féminin |
| No. assurance maladie | | Expiration | |
| Le participant possède-t-il une assurance médicament ? | ☐ Privée ☐ RAMQ ☐ Autre(s) : | | |
| Vaccin antitétanique (tétanos) | ☐ NON ☐ OUI Date : | | |
| Le participant souffre-t-il d'une des conditions/maladies suivantes : | | | |
| ☐ Asthme ☐ Indigestion ☐ Manque d'appétit ☐ Boulimie ☐ Constipation ☐ Trouble cardiaque<br>☐ Trouble urinaire ☐ Sida / VIH ☐ Hépatite ☐ Maladie de peau ☐ Diabète (fournir le régime alimentaire)<br>☐ Épilepsie ☐ Contrôlée ☐ non-contrôlée *(fournir le rapport médical expliquant la manifestation et signaler les dernières crises)* | | | |
| Le participant souffre-t-il d'incontinence | ☐ NON ☐ OUI (obligatoire) | | |
| ALLERGIES médicaments | ☐ NON ☐ OUI, précisez : | | |
| ALLERGIES aliments | ☐ NON ☐ OUI, précisez : | | |
| Possède un Épipen | ☐ NON ☐ OUI Autres allergies : | | |
| Le participant a-t-il un appareil auditif | ☐ Implant cochléaire ☐ Prothèse auditive ☐ Autre : | | |
| **Type de communication :** ☐ LSQ ☐ Français ☐ ASL ☐ Anglais ☐ Pictogrammes ☐ Non verbal | | | |
| **Nom des autres maladies ou handicaps** | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Antécédents médicaux (portez attention au diagnostic qui justifie le handicap)** | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Autres informations pertinentes** | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Le participant a-t-il un risque particulier de déshydratation, coup de chaleur ou d'infection quelconque?** | | | |
| ☐ NON ☐ OUI, si oui à quel moment ? | | | |

# CAMP DE VACANCES ET RÉPITS

## FICHE SANTÉ DÉTAILLÉE

| AUTONOMIE | | | |
|---|---|---|---|
| S'habiller : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Se laver : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Aller à la toilette : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ Rappel |
| S'orienter : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Se déplacer : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Utilisation d'un fauteuil roulant ou autre appareil de support : | ☐ Oui, précisez : | | |

| ALIMENTATION | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Manger : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | | |
| Boire : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | | |
| Intolérances ou restrictions alimentaires : | ☐ Non | ☐ Oui, précisez : | | |
| Présentation des aliments : | ☐ Tel quel | ☐ Hachés | ☐ En purée | ☐ Liquide |

| Type de comportement et degré de compréhension des consignes |
|---|
| |
| |
| |

| Le participant a-t-il ces comportements : | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ☐ Agressivité envers lui-même | ☐ Fugue | ☐ Tendance à s'isoler | | |
| ☐ Agressivité envers les autres | ☐ hyperactivités | ☐ Gestes autistiques | ☐ Opposition | ☐ Anxiété |

| Les éléments qui peuvent déclencher une désorganisation et les stratégies de contrôle |
|---|
| |
| |
| |

| Routine importante pour le participant |
|---|
| |
| |

| Date | Signature |
|---|---|
| | |

# CAMP DE VACANCES ET RÉPITS

## FICHE SANTÉ DÉTAILLÉE

| **PARTICIPANT** | | | |
|---|---|---|---|
| Prénom | | Nom | |
| Date de naissance | | Sexe | ☐ Masculin ☐ Féminin |
| No. assurance maladie | | Expiration | |
| Le participant possède-t-il une assurance médicament ? | ☐ Privée ☐ RAMQ ☐ Autre(s) : | | |
| Vaccin antitétanique (tétanos) | ☐ NON ☐ OUI Date : | | |
| Le participant souffre-t-il d'une des conditions/maladies suivantes : | | | |
| ☐ Asthme ☐ Indigestion ☐ Manque d'appétit ☐ Boulimie ☐ Constipation ☐ Trouble cardiaque<br>☐ Trouble urinaire ☐ Sida / VIH ☐ Hépatite ☐ Maladie de peau ☐ Diabète (fournir le régime alimentaire)<br>☐ Épilepsie ☐ Contrôlée ☐ non-contrôlée *(fournir le rapport médical expliquant la manifestation et signaler les dernières crises)* | | | |
| Le participant souffre-t-il d'incontinence | ☐ NON ☐ OUI (obligatoire) | | |
| ALLERGIES médicaments | ☐ NON ☐ OUI, précisez : | | |
| ALLERGIES aliments | ☐ NON ☐ OUI, précisez : | | |
| Possède un Épipen | ☐ NON ☐ OUI Autres allergies : | | |
| Le participant a-t-il un appareil auditif | ☐ Implant cochléaire ☐ Prothèse auditive ☐ Autre : | | |
| **Type de communication :** ☐ LSQ ☐ Français ☐ ASL ☐ Anglais ☐ Pictogrammes ☐ Non verbal | | | |
| **Nom des autres maladies ou handicaps** | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Antécédents médicaux (portez attention au diagnostic qui justifie le handicap)** | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Autres informations pertinentes** | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Le participant a-t-il un risque particulier de déshydratation, coup de chaleur ou d'infection quelconque?** | | | |
| ☐ NON ☐ OUI, si oui à quel moment ? | | | |

# CAMP DE VACANCES ET RÉPITS

## FICHE SANTÉ DÉTAILLÉE

| AUTONOMIE | | | |
|---|---|---|---|
| S'habiller : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Se laver : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Aller à la toilette : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ Rappel |
| S'orienter : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Se déplacer : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Utilisation d'un fauteuil roulant ou autre appareil de support : | ☐ Oui, précisez : | | |

| ALIMENTATION | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Manger : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | | |
| Boire : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | | |
| Intolérances ou restrictions alimentaires : | ☐ Non | ☐ Oui, précisez : | | |
| Présentation des aliments : | ☐ Tel quel | ☐ Hachés | ☐ En purée | ☐ Liquide |

| Type de comportement et degré de compréhension des consignes |
|---|
| |
| |
| |

| Le participant a-t-il ces comportements : | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ☐ Agressivité envers lui-même | ☐ Fugue | ☐ Tendance à s'isoler | | |
| ☐ Agressivité envers les autres | ☐ hyperactivités | ☐ Gestes autistiques | ☐ Opposition | ☐ Anxiété |

| Les éléments qui peuvent déclencher une désorganisation et les stratégies de contrôle |
|---|
| |
| |
| |

| Routine importante pour le participant |
|---|
| |
| |

| Date | Signature |
|---|---|
| | |

# CAMP DE VACANCES ET RÉPITS

## FICHE SANTÉ DÉTAILLÉE

| **PARTICIPANT** | | | |
|---|---|---|---|
| Prénom | | Nom | |
| Date de naissance | | Sexe | ☐ Masculin ☐ Féminin |
| No. assurance maladie | | Expiration | |
| Le participant possède-t-il une assurance médicament ? | ☐ Privée ☐ RAMQ ☐ Autre(s) : | | |
| Vaccin antitétanique (tétanos) | ☐ NON ☐ OUI Date : | | |
| Le participant souffre-t-il d'une des conditions/maladies suivantes : | | | |
| ☐ Asthme ☐ Indigestion ☐ Manque d'appétit ☐ Boulimie ☐ Constipation ☐ Trouble cardiaque<br>☐ Trouble urinaire ☐ Sida / VIH ☐ Hépatite ☐ Maladie de peau ☐ Diabète (fournir le régime alimentaire)<br>☐ Épilepsie ☐ Contrôlée ☐ non-contrôlée *(fournir le rapport médical expliquant la manifestation et signaler les dernières crises)* | | | |
| Le participant souffre-t-il d'incontinence | ☐ NON ☐ OUI (obligatoire) | | |
| ALLERGIES médicaments | ☐ NON ☐ OUI, précisez : | | |
| ALLERGIES aliments | ☐ NON ☐ OUI, précisez : | | |
| Possède un Épipen | ☐ NON ☐ OUI Autres allergies : | | |
| Le participant a-t-il un appareil auditif | ☐ Implant cochléaire ☐ Prothèse auditive ☐ Autre : | | |
| **Type de communication :** ☐ LSQ ☐ Français ☐ ASL ☐ Anglais ☐ Pictogrammes ☐ Non verbal | | | |
| **Nom des autres maladies ou handicaps** | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Antécédents médicaux (portez attention au diagnostic qui justifie le handicap)** | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Autres informations pertinentes** | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Le participant a-t-il un risque particulier de déshydratation, coup de chaleur ou d'infection quelconque?** | | | |
| ☐ NON ☐ OUI, si oui à quel moment ? | | | |

# CAMP DE VACANCES ET RÉPITS

## FICHE SANTÉ DÉTAILLÉE

| AUTONOMIE | | | |
|---|---|---|---|
| S'habiller : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Se laver : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Aller à la toilette : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ Rappel |
| S'orienter : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Se déplacer : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Utilisation d'un fauteuil roulant ou autre appareil de support : | ☐ Oui, précisez : | | |

| ALIMENTATION | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Manger : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | | |
| Boire : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | | |
| Intolérances ou restrictions alimentaires : | ☐ Non | ☐ Oui, précisez : | | |
| Présentation des aliments : | ☐ Tel quel | ☐ Hachés | ☐ En purée | ☐ Liquide |

| Type de comportement et degré de compréhension des consignes |
|---|
| |
| |
| |

| Le participant a-t-il ces comportements : | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ☐ Agressivité envers lui-même | ☐ Fugue | ☐ Tendance à s'isoler | | |
| ☐ Agressivité envers les autres | ☐ hyperactivités | ☐ Gestes autistiques | ☐ Opposition | ☐ Anxiété |

| Les éléments qui peuvent déclencher une désorganisation et les stratégies de contrôle |
|---|
| |
| |
| |

| Routine importante pour le participant |
|---|
| |
| |

| Date | Signature |
|---|---|
| | |

# CAMP DE VACANCES ET RÉPITS

## FICHE SANTÉ DÉTAILLÉE

| **PARTICIPANT** | | | |
|---|---|---|---|
| Prénom | | Nom | |
| Date de naissance | | Sexe | ☐ Masculin ☐ Féminin |
| No. assurance maladie | | Expiration | |
| Le participant possède-t-il une assurance médicament ? | ☐ Privée ☐ RAMQ ☐ Autre(s) : | | |
| Vaccin antitétanique (tétanos) | ☐ NON ☐ OUI Date : | | |
| Le participant souffre-t-il d'une des conditions/maladies suivantes : | | | |
| ☐ Asthme ☐ Indigestion ☐ Manque d'appétit ☐ Boulimie ☐ Constipation ☐ Trouble cardiaque<br>☐ Trouble urinaire ☐ Sida / VIH ☐ Hépatite ☐ Maladie de peau ☐ Diabète (fournir le régime alimentaire)<br>☐ Épilepsie ☐ Contrôlée ☐ non-contrôlée *(fournir le rapport médical expliquant la manifestation et signaler les dernières crises)* | | | |
| Le participant souffre-t-il d'incontinence | ☐ NON ☐ OUI (obligatoire) | | |
| ALLERGIES médicaments | ☐ NON ☐ OUI, précisez : | | |
| ALLERGIES aliments | ☐ NON ☐ OUI, précisez : | | |
| Possède un Épipen | ☐ NON ☐ OUI Autres allergies : | | |
| Le participant a-t-il un appareil auditif | ☐ Implant cochléaire ☐ Prothèse auditive ☐ Autre : | | |
| **Type de communication :** ☐ LSQ ☐ Français ☐ ASL ☐ Anglais ☐ Pictogrammes ☐ Non verbal | | | |
| **Nom des autres maladies ou handicaps** | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Antécédents médicaux (portez attention au diagnostic qui justifie le handicap)** | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Autres informations pertinentes** | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Le participant a-t-il un risque particulier de déshydratation, coup de chaleur ou d'infection quelconque?** | | | |
| ☐ NON ☐ OUI, si oui à quel moment ? | | | |

# CAMP DE VACANCES ET RÉPITS

## FICHE SANTÉ DÉTAILLÉE

| AUTONOMIE | | | |
|---|---|---|---|
| S'habiller : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Se laver : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Aller à la toilette : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ Rappel |
| S'orienter : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Se déplacer : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Utilisation d'un fauteuil roulant ou autre appareil de support : | ☐ Oui, précisez : | | |

| ALIMENTATION | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Manger : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | | |
| Boire : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | | |
| Intolérances ou restrictions alimentaires : | ☐ Non | ☐ Oui, précisez : | | |
| Présentation des aliments : | ☐ Tel quel | ☐ Hachés | ☐ En purée | ☐ Liquide |

| Type de comportement et degré de compréhension des consignes |
|---|
| |
| |
| |

| Le participant a-t-il ces comportements : | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ☐ Agressivité envers lui-même | ☐ Fugue | ☐ Tendance à s'isoler | | |
| ☐ Agressivité envers les autres | ☐ hyperactivités | ☐ Gestes autistiques | ☐ Opposition | ☐ Anxiété |

| Les éléments qui peuvent déclencher une désorganisation et les stratégies de contrôle |
|---|
| |
| |
| |

| Routine importante pour le participant |
|---|
| |
| |

| Date | Signature |
|---|---|
| | |

# CAMP DE VACANCES ET RÉPITS

## FICHE SANTÉ DÉTAILLÉE

| **PARTICIPANT** | | | |
|---|---|---|---|
| Prénom | | Nom | |
| Date de naissance | | Sexe | ☐ Masculin ☐ Féminin |
| No. assurance maladie | | Expiration | |
| Le participant possède-t-il une assurance médicament ? | ☐ Privée ☐ RAMQ ☐ Autre(s) : | | |
| Vaccin antitétanique (tétanos) | ☐ NON ☐ OUI Date : | | |
| Le participant souffre-t-il d'une des conditions/maladies suivantes : | | | |
| ☐ Asthme ☐ Indigestion ☐ Manque d'appétit ☐ Boulimie ☐ Constipation ☐ Trouble cardiaque<br>☐ Trouble urinaire ☐ Sida / VIH ☐ Hépatite ☐ Maladie de peau ☐ Diabète (fournir le régime alimentaire)<br>☐ Épilepsie ☐ Contrôlée ☐ non-contrôlée *(fournir le rapport médical expliquant la manifestation et signaler les dernières crises)* | | | |
| Le participant souffre-t-il d'incontinence | ☐ NON ☐ OUI (obligatoire) | | |
| ALLERGIES médicaments | ☐ NON ☐ OUI, précisez : | | |
| ALLERGIES aliments | ☐ NON ☐ OUI, précisez : | | |
| Possède un Épipen | ☐ NON ☐ OUI Autres allergies : | | |
| Le participant a-t-il un appareil auditif | ☐ Implant cochléaire ☐ Prothèse auditive ☐ Autre : | | |
| **Type de communication :** ☐ LSQ ☐ Français ☐ ASL ☐ Anglais ☐ Pictogrammes ☐ Non verbal | | | |
| **Nom des autres maladies ou handicaps** | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Antécédents médicaux (portez attention au diagnostic qui justifie le handicap)** | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Autres informations pertinentes** | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Le participant a-t-il un risque particulier de déshydratation, coup de chaleur ou d'infection quelconque?** | | | |
| ☐ NON ☐ OUI, si oui à quel moment ? | | | |

# CAMP DE VACANCES ET RÉPITS

## FICHE SANTÉ DÉTAILLÉE

| AUTONOMIE | | | |
|---|---|---|---|
| S'habiller : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Se laver : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Aller à la toilette : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ Rappel |
| S'orienter : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Se déplacer : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Utilisation d'un fauteuil roulant ou autre appareil de support : | ☐ Oui, précisez : | | |

| ALIMENTATION | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Manger : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | | |
| Boire : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | | |
| Intolérances ou restrictions alimentaires : | ☐ Non | ☐ Oui, précisez : | | |
| Présentation des aliments : | ☐ Tel quel | ☐ Hachés | ☐ En purée | ☐ Liquide |

| Type de comportement et degré de compréhension des consignes |
|---|
| |
| |
| |

| Le participant a-t-il ces comportements : | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ☐ Agressivité envers lui-même | ☐ Fugue | ☐ Tendance à s'isoler | | |
| ☐ Agressivité envers les autres | ☐ hyperactivités | ☐ Gestes autistiques | ☐ Opposition | ☐ Anxiété |

| Les éléments qui peuvent déclencher une désorganisation et les stratégies de contrôle |
|---|
| |
| |
| |

| Routine importante pour le participant |
|---|
| |
| |

| Date | Signature |
|---|---|
| | |

# CAMP DE VACANCES ET RÉPITS

## FICHE SANTÉ DÉTAILLÉE

| **PARTICIPANT** | | | |
|---|---|---|---|
| Prénom | | Nom | |
| Date de naissance | | Sexe | ☐ Masculin ☐ Féminin |
| No. assurance maladie | | Expiration | |
| Le participant possède-t-il une assurance médicament ? | ☐ Privée ☐ RAMQ ☐ Autre(s) : | | |
| Vaccin antitétanique (tétanos) | ☐ NON ☐ OUI Date : | | |
| Le participant souffre-t-il d'une des conditions/maladies suivantes : | | | |
| ☐ Asthme ☐ Indigestion ☐ Manque d'appétit ☐ Boulimie ☐ Constipation ☐ Trouble cardiaque<br>☐ Trouble urinaire ☐ Sida / VIH ☐ Hépatite ☐ Maladie de peau ☐ Diabète (fournir le régime alimentaire)<br>☐ Épilepsie ☐ Contrôlée ☐ non-contrôlée *(fournir le rapport médical expliquant la manifestation et signaler les dernières crises)* | | | |
| Le participant souffre-t-il d'incontinence | ☐ NON ☐ OUI (obligatoire) | | |
| ALLERGIES médicaments | ☐ NON ☐ OUI, précisez : | | |
| ALLERGIES aliments | ☐ NON ☐ OUI, précisez : | | |
| Possède un Épipen | ☐ NON ☐ OUI Autres allergies : | | |
| Le participant a-t-il un appareil auditif | ☐ Implant cochléaire ☐ Prothèse auditive ☐ Autre : | | |
| **Type de communication :** ☐ LSQ ☐ Français ☐ ASL ☐ Anglais ☐ Pictogrammes ☐ Non verbal | | | |
| **Nom des autres maladies ou handicaps** | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Antécédents médicaux (portez attention au diagnostic qui justifie le handicap)** | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Autres informations pertinentes** | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Le participant a-t-il un risque particulier de déshydratation, coup de chaleur ou d'infection quelconque?** | | | |
| ☐ NON ☐ OUI, si oui à quel moment ? | | | |

# CAMP DE VACANCES ET RÉPITS

## FICHE SANTÉ DÉTAILLÉE

| AUTONOMIE | | | |
|---|---|---|---|
| S'habiller : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Se laver : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Aller à la toilette : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ Rappel |
| S'orienter : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Se déplacer : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Utilisation d'un fauteuil roulant ou autre appareil de support : | ☐ Oui, précisez : | | |

| ALIMENTATION | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Manger : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | | |
| Boire : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | | |
| Intolérances ou restrictions alimentaires : | ☐ Non | ☐ Oui, précisez : | | |
| Présentation des aliments : | ☐ Tel quel | ☐ Hachés | ☐ En purée | ☐ Liquide |

| Type de comportement et degré de compréhension des consignes |
|---|
| |
| |
| |

| Le participant a-t-il ces comportements : | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ☐ Agressivité envers lui-même | ☐ Fugue | ☐ Tendance à s'isoler | | |
| ☐ Agressivité envers les autres | ☐ hyperactivités | ☐ Gestes autistiques | ☐ Opposition | ☐ Anxiété |

| Les éléments qui peuvent déclencher une désorganisation et les stratégies de contrôle |
|---|
| |
| |
| |

| Routine importante pour le participant |
|---|
| |
| |

| Date | Signature |
|---|---|
| | |

# CAMP DE VACANCES ET RÉPITS

## FICHE SANTÉ DÉTAILLÉE

| **PARTICIPANT** | | | |
|---|---|---|---|
| Prénom | | Nom | |
| Date de naissance | | Sexe | ☐ Masculin ☐ Féminin |
| No. assurance maladie | | Expiration | |
| Le participant possède-t-il une assurance médicament ? | ☐ Privée ☐ RAMQ ☐ Autre(s) : | | |
| Vaccin antitétanique (tétanos) | ☐ NON ☐ OUI Date : | | |
| Le participant souffre-t-il d'une des conditions/maladies suivantes : | | | |
| ☐ Asthme ☐ Indigestion ☐ Manque d'appétit ☐ Boulimie ☐ Constipation ☐ Trouble cardiaque<br>☐ Trouble urinaire ☐ Sida / VIH ☐ Hépatite ☐ Maladie de peau ☐ Diabète (fournir le régime alimentaire)<br>☐ Épilepsie ☐ Contrôlée ☐ non-contrôlée *(fournir le rapport médical expliquant la manifestation et signaler les dernières crises)* | | | |
| Le participant souffre-t-il d'incontinence | ☐ NON ☐ OUI (obligatoire) | | |
| ALLERGIES médicaments | ☐ NON ☐ OUI, précisez : | | |
| ALLERGIES aliments | ☐ NON ☐ OUI, précisez : | | |
| Possède un Épipen | ☐ NON ☐ OUI Autres allergies : | | |
| Le participant a-t-il un appareil auditif | ☐ Implant cochléaire ☐ Prothèse auditive ☐ Autre : | | |
| **Type de communication :** ☐ LSQ ☐ Français ☐ ASL ☐ Anglais ☐ Pictogrammes ☐ Non verbal | | | |
| **Nom des autres maladies ou handicaps** | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Antécédents médicaux (portez attention au diagnostic qui justifie le handicap)** | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Autres informations pertinentes** | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Le participant a-t-il un risque particulier de déshydratation, coup de chaleur ou d'infection quelconque?** | | | |
| ☐ NON ☐ OUI, si oui à quel moment ? | | | |

# CAMP DE VACANCES ET RÉPITS

## FICHE SANTÉ DÉTAILLÉE

| AUTONOMIE | | | |
|---|---|---|---|
| S'habiller : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Se laver : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Aller à la toilette : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ Rappel |
| S'orienter : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Se déplacer : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Utilisation d'un fauteuil roulant ou autre appareil de support : | ☐ Oui, précisez : | | |

| ALIMENTATION | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Manger : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | | |
| Boire : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | | |
| Intolérances ou restrictions alimentaires : | ☐ Non | ☐ Oui, précisez : | | |
| Présentation des aliments : | ☐ Tel quel | ☐ Hachés | ☐ En purée | ☐ Liquide |

| Type de comportement et degré de compréhension des consignes |
|---|
| |
| |
| |

| Le participant a-t-il ces comportements : | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ☐ Agressivité envers lui-même | ☐ Fugue | ☐ Tendance à s'isoler | | |
| ☐ Agressivité envers les autres | ☐ hyperactivités | ☐ Gestes autistiques | ☐ Opposition | ☐ Anxiété |

| Les éléments qui peuvent déclencher une désorganisation et les stratégies de contrôle |
|---|
| |
| |
| |

| Routine importante pour le participant |
|---|
| |
| |

| Date | Signature |
|---|---|
| | |

# CAMP DE VACANCES ET RÉPITS

## FICHE SANTÉ DÉTAILLÉE

| **PARTICIPANT** | | | |
|---|---|---|---|
| Prénom | | Nom | |
| Date de naissance | | Sexe | ☐ Masculin ☐ Féminin |
| No. assurance maladie | | Expiration | |
| Le participant possède-t-il une assurance médicament ? | ☐ Privée ☐ RAMQ ☐ Autre(s) : | | |
| Vaccin antitétanique (tétanos) | ☐ NON ☐ OUI Date : | | |
| Le participant souffre-t-il d'une des conditions/maladies suivantes : | | | |
| ☐ Asthme ☐ Indigestion ☐ Manque d'appétit ☐ Boulimie ☐ Constipation ☐ Trouble cardiaque<br>☐ Trouble urinaire ☐ Sida / VIH ☐ Hépatite ☐ Maladie de peau ☐ Diabète (fournir le régime alimentaire)<br>☐ Épilepsie ☐ Contrôlée ☐ non-contrôlée *(fournir le rapport médical expliquant la manifestation et signaler les dernières crises)* | | | |
| Le participant souffre-t-il d'incontinence | ☐ NON ☐ OUI (obligatoire) | | |
| ALLERGIES médicaments | ☐ NON ☐ OUI, précisez : | | |
| ALLERGIES aliments | ☐ NON ☐ OUI, précisez : | | |
| Possède un Épipen | ☐ NON ☐ OUI Autres allergies : | | |
| Le participant a-t-il un appareil auditif | ☐ Implant cochléaire ☐ Prothèse auditive ☐ Autre : | | |
| **Type de communication :** ☐ LSQ ☐ Français ☐ ASL ☐ Anglais ☐ Pictogrammes ☐ Non verbal | | | |
| **Nom des autres maladies ou handicaps** | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Antécédents médicaux (portez attention au diagnostic qui justifie le handicap)** | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Autres informations pertinentes** | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Le participant a-t-il un risque particulier de déshydratation, coup de chaleur ou d'infection quelconque?** | | | |
| ☐ NON ☐ OUI, si oui à quel moment ? | | | |

# CAMP DE VACANCES ET RÉPITS

## FICHE SANTÉ DÉTAILLÉE

| AUTONOMIE | | | |
|---|---|---|---|
| S'habiller : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Se laver : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Aller à la toilette : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ Rappel |
| S'orienter : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Se déplacer : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Utilisation d'un fauteuil roulant ou autre appareil de support : | ☐ Oui, précisez : | | |

| ALIMENTATION | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Manger : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | | |
| Boire : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | | |
| Intolérances ou restrictions alimentaires : | ☐ Non | ☐ Oui, précisez : | | |
| Présentation des aliments : | ☐ Tel quel | ☐ Hachés | ☐ En purée | ☐ Liquide |

| Type de comportement et degré de compréhension des consignes |
|---|
| |
| |
| |

| Le participant a-t-il ces comportements : | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ☐ Agressivité envers lui-même | ☐ Fugue | ☐ Tendance à s'isoler | | |
| ☐ Agressivité envers les autres | ☐ hyperactivités | ☐ Gestes autistiques | ☐ Opposition | ☐ Anxiété |

| Les éléments qui peuvent déclencher une désorganisation et les stratégies de contrôle |
|---|
| |
| |
| |

| Routine importante pour le participant |
|---|
| |
| |

| Date | Signature |
|---|---|
| | |

# CAMP DE VACANCES ET RÉPITS

## FICHE SANTÉ DÉTAILLÉE

| **PARTICIPANT** | | | |
|---|---|---|---|
| Prénom | | Nom | |
| Date de naissance | | Sexe | ☐ Masculin ☐ Féminin |
| No. assurance maladie | | Expiration | |
| Le participant possède-t-il une assurance médicament ? | ☐ Privée ☐ RAMQ ☐ Autre(s) : | | |
| Vaccin antitétanique (tétanos) | ☐ NON ☐ OUI Date : | | |
| Le participant souffre-t-il d'une des conditions/maladies suivantes : | | | |
| ☐ Asthme ☐ Indigestion ☐ Manque d'appétit ☐ Boulimie ☐ Constipation ☐ Trouble cardiaque<br>☐ Trouble urinaire ☐ Sida / VIH ☐ Hépatite ☐ Maladie de peau ☐ Diabète (fournir le régime alimentaire)<br>☐ Épilepsie ☐ Contrôlée ☐ non-contrôlée *(fournir le rapport médical expliquant la manifestation et signaler les dernières crises)* | | | |
| Le participant souffre-t-il d'incontinence | ☐ NON ☐ OUI (obligatoire) | | |
| ALLERGIES médicaments | ☐ NON ☐ OUI, précisez : | | |
| ALLERGIES aliments | ☐ NON ☐ OUI, précisez : | | |
| Possède un Épipen | ☐ NON ☐ OUI Autres allergies : | | |
| Le participant a-t-il un appareil auditif | ☐ Implant cochléaire ☐ Prothèse auditive ☐ Autre : | | |
| **Type de communication :** ☐ LSQ ☐ Français ☐ ASL ☐ Anglais ☐ Pictogrammes ☐ Non verbal | | | |
| **Nom des autres maladies ou handicaps** | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Antécédents médicaux (portez attention au diagnostic qui justifie le handicap)** | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Autres informations pertinentes** | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Le participant a-t-il un risque particulier de déshydratation, coup de chaleur ou d'infection quelconque?** | | | |
| ☐ NON ☐ OUI, si oui à quel moment ? | | | |

# CAMP DE VACANCES ET RÉPITS

## FICHE SANTÉ DÉTAILLÉE

| AUTONOMIE | | | |
|---|---|---|---|
| S'habiller : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Se laver : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Aller à la toilette : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ Rappel |
| S'orienter : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Se déplacer : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Utilisation d'un fauteuil roulant ou autre appareil de support : | ☐ Oui, précisez : | | |

| ALIMENTATION | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Manger : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | | |
| Boire : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | | |
| Intolérances ou restrictions alimentaires : | ☐ Non | ☐ Oui, précisez : | | |
| Présentation des aliments : | ☐ Tel quel | ☐ Hachés | ☐ En purée | ☐ Liquide |

| Type de comportement et degré de compréhension des consignes |
|---|
| |
| |
| |

| Le participant a-t-il ces comportements : | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ☐ Agressivité envers lui-même | ☐ Fugue | ☐ Tendance à s'isoler | | |
| ☐ Agressivité envers les autres | ☐ hyperactivités | ☐ Gestes autistiques | ☐ Opposition | ☐ Anxiété |

| Les éléments qui peuvent déclencher une désorganisation et les stratégies de contrôle |
|---|
| |
| |
| |

| Routine importante pour le participant |
|---|
| |
| |

| Date | Signature |
|---|---|
| | |

# CAMP DE VACANCES ET RÉPITS

## FICHE SANTÉ DÉTAILLÉE

| **PARTICIPANT** | | | |
|---|---|---|---|
| Prénom | | Nom | |
| Date de naissance | | Sexe | ☐ Masculin ☐ Féminin |
| No. assurance maladie | | Expiration | |
| Le participant possède-t-il une assurance médicament ? | ☐ Privée ☐ RAMQ ☐ Autre(s) : | | |
| Vaccin antitétanique (tétanos) | ☐ NON ☐ OUI Date : | | |
| Le participant souffre-t-il d'une des conditions/maladies suivantes : | | | |
| ☐ Asthme ☐ Indigestion ☐ Manque d'appétit ☐ Boulimie ☐ Constipation ☐ Trouble cardiaque<br>☐ Trouble urinaire ☐ Sida / VIH ☐ Hépatite ☐ Maladie de peau ☐ Diabète (fournir le régime alimentaire)<br>☐ Épilepsie ☐ Contrôlée ☐ non-contrôlée *(fournir le rapport médical expliquant la manifestation et signaler les dernières crises)* | | | |
| Le participant souffre-t-il d'incontinence | ☐ NON ☐ OUI (obligatoire) | | |
| ALLERGIES médicaments | ☐ NON ☐ OUI, précisez : | | |
| ALLERGIES aliments | ☐ NON ☐ OUI, précisez : | | |
| Possède un Épipen | ☐ NON ☐ OUI Autres allergies : | | |
| Le participant a-t-il un appareil auditif | ☐ Implant cochléaire ☐ Prothèse auditive ☐ Autre : | | |
| **Type de communication :** ☐ LSQ ☐ Français ☐ ASL ☐ Anglais ☐ Pictogrammes ☐ Non verbal | | | |
| **Nom des autres maladies ou handicaps** | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Antécédents médicaux (portez attention au diagnostic qui justifie le handicap)** | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Autres informations pertinentes** | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Le participant a-t-il un risque particulier de déshydratation, coup de chaleur ou d'infection quelconque?** | | | |
| ☐ NON ☐ OUI, si oui à quel moment ? | | | |

# CAMP DE VACANCES ET RÉPITS

## FICHE SANTÉ DÉTAILLÉE

| AUTONOMIE | | | |
|---|---|---|---|
| S'habiller : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Se laver : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Aller à la toilette : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ Rappel |
| S'orienter : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Se déplacer : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Utilisation d'un fauteuil roulant ou autre appareil de support : | ☐ Oui, précisez : | | |

| ALIMENTATION | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Manger : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | | |
| Boire : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | | |
| Intolérances ou restrictions alimentaires : | ☐ Non | ☐ Oui, précisez : | | |
| Présentation des aliments : | ☐ Tel quel | ☐ Hachés | ☐ En purée | ☐ Liquide |

| Type de comportement et degré de compréhension des consignes |
|---|
| |
| |
| |

| Le participant a-t-il ces comportements : | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ☐ Agressivité envers lui-même | ☐ Fugue | ☐ Tendance à s'isoler | | |
| ☐ Agressivité envers les autres | ☐ hyperactivités | ☐ Gestes autistiques | ☐ Opposition | ☐ Anxiété |

| Les éléments qui peuvent déclencher une désorganisation et les stratégies de contrôle |
|---|
| |
| |
| |

| Routine importante pour le participant |
|---|
| |
| |

| Date | Signature |
|---|---|
| | |

# CAMP DE VACANCES ET RÉPITS

## FICHE SANTÉ DÉTAILLÉE

| **PARTICIPANT** | | | |
|---|---|---|---|
| Prénom | | Nom | |
| Date de naissance | | Sexe | ☐ Masculin ☐ Féminin |
| No. assurance maladie | | Expiration | |
| Le participant possède-t-il une assurance médicament ? | ☐ Privée ☐ RAMQ ☐ Autre(s) : | | |
| Vaccin antitétanique (tétanos) | ☐ NON ☐ OUI Date : | | |
| Le participant souffre-t-il d'une des conditions/maladies suivantes : | | | |
| ☐ Asthme ☐ Indigestion ☐ Manque d'appétit ☐ Boulimie ☐ Constipation ☐ Trouble cardiaque<br>☐ Trouble urinaire ☐ Sida / VIH ☐ Hépatite ☐ Maladie de peau ☐ Diabète (fournir le régime alimentaire)<br>☐ Épilepsie ☐ Contrôlée ☐ non-contrôlée *(fournir le rapport médical expliquant la manifestation et signaler les dernières crises)* | | | |
| Le participant souffre-t-il d'incontinence | ☐ NON ☐ OUI (obligatoire) | | |
| ALLERGIES médicaments | ☐ NON ☐ OUI, précisez : | | |
| ALLERGIES aliments | ☐ NON ☐ OUI, précisez : | | |
| Possède un Épipen | ☐ NON ☐ OUI Autres allergies : | | |
| Le participant a-t-il un appareil auditif | ☐ Implant cochléaire ☐ Prothèse auditive ☐ Autre : | | |
| **Type de communication :** ☐ LSQ ☐ Français ☐ ASL ☐ Anglais ☐ Pictogrammes ☐ Non verbal | | | |
| **Nom des autres maladies ou handicaps** | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Antécédents médicaux (portez attention au diagnostic qui justifie le handicap)** | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Autres informations pertinentes** | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Le participant a-t-il un risque particulier de déshydratation, coup de chaleur ou d'infection quelconque?** | | | |
| ☐ NON ☐ OUI, si oui à quel moment ? | | | |

# CAMP DE VACANCES ET RÉPITS

## FICHE SANTÉ DÉTAILLÉE

| AUTONOMIE | | | |
|---|---|---|---|
| S'habiller : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Se laver : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Aller à la toilette : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ Rappel |
| S'orienter : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Se déplacer : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Utilisation d'un fauteuil roulant ou autre appareil de support : | ☐ Oui, précisez : | | |

| ALIMENTATION | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Manger : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | | |
| Boire : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | | |
| Intolérances ou restrictions alimentaires : | ☐ Non | ☐ Oui, précisez : | | |
| Présentation des aliments : | ☐ Tel quel | ☐ Hachés | ☐ En purée | ☐ Liquide |

| Type de comportement et degré de compréhension des consignes |
|---|
| |
| |
| |

| Le participant a-t-il ces comportements : | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ☐ Agressivité envers lui-même | ☐ Fugue | ☐ Tendance à s'isoler | | |
| ☐ Agressivité envers les autres | ☐ hyperactivités | ☐ Gestes autistiques | ☐ Opposition | ☐ Anxiété |

| Les éléments qui peuvent déclencher une désorganisation et les stratégies de contrôle |
|---|
| |
| |
| |

| Routine importante pour le participant |
|---|
| |
| |

| Date | Signature |
|---|---|
| | |

# CAMP DE VACANCES ET RÉPITS

## FICHE SANTÉ DÉTAILLÉE

| **PARTICIPANT** | | | |
|---|---|---|---|
| Prénom | | Nom | |
| Date de naissance | | Sexe | ☐ Masculin ☐ Féminin |
| No. assurance maladie | | Expiration | |
| Le participant possède-t-il une assurance médicament ? | ☐ Privée ☐ RAMQ ☐ Autre(s) : | | |
| Vaccin antitétanique (tétanos) | ☐ NON ☐ OUI Date : | | |
| Le participant souffre-t-il d'une des conditions/maladies suivantes : | | | |
| ☐ Asthme ☐ Indigestion ☐ Manque d'appétit ☐ Boulimie ☐ Constipation ☐ Trouble cardiaque<br>☐ Trouble urinaire ☐ Sida / VIH ☐ Hépatite ☐ Maladie de peau ☐ Diabète (fournir le régime alimentaire)<br>☐ Épilepsie ☐ Contrôlée ☐ non-contrôlée *(fournir le rapport médical expliquant la manifestation et signaler les dernières crises)* | | | |
| Le participant souffre-t-il d'incontinence | ☐ NON ☐ OUI (obligatoire) | | |
| ALLERGIES médicaments | ☐ NON ☐ OUI, précisez : | | |
| ALLERGIES aliments | ☐ NON ☐ OUI, précisez : | | |
| Possède un Épipen | ☐ NON ☐ OUI Autres allergies : | | |
| Le participant a-t-il un appareil auditif | ☐ Implant cochléaire ☐ Prothèse auditive ☐ Autre : | | |
| **Type de communication :** ☐ LSQ ☐ Français ☐ ASL ☐ Anglais ☐ Pictogrammes ☐ Non verbal | | | |
| **Nom des autres maladies ou handicaps** | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Antécédents médicaux (portez attention au diagnostic qui justifie le handicap)** | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Autres informations pertinentes** | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Le participant a-t-il un risque particulier de déshydratation, coup de chaleur ou d'infection quelconque?** | | | |
| ☐ NON ☐ OUI, si oui à quel moment ? | | | |

# CAMP DE VACANCES ET RÉPITS

## FICHE SANTÉ DÉTAILLÉE

| AUTONOMIE | | | |
|---|---|---|---|
| S'habiller : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Se laver : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Aller à la toilette : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ Rappel |
| S'orienter : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Se déplacer : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Utilisation d'un fauteuil roulant ou autre appareil de support : | ☐ Oui, précisez : | | |

| ALIMENTATION | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Manger : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | | |
| Boire : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | | |
| Intolérances ou restrictions alimentaires : | ☐ Non | ☐ Oui, précisez : | | |
| Présentation des aliments : | ☐ Tel quel | ☐ Hachés | ☐ En purée | ☐ Liquide |

| Type de comportement et degré de compréhension des consignes |
|---|
| |
| |
| |

| Le participant a-t-il ces comportements : | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ☐ Agressivité envers lui-même | ☐ Fugue | ☐ Tendance à s'isoler | | |
| ☐ Agressivité envers les autres | ☐ hyperactivités | ☐ Gestes autistiques | ☐ Opposition | ☐ Anxiété |

| Les éléments qui peuvent déclencher une désorganisation et les stratégies de contrôle |
|---|
| |
| |
| |

| Routine importante pour le participant |
|---|
| |
| |

| Date | Signature |
|---|---|
| | |

# CAMP DE VACANCES ET RÉPITS

## FICHE SANTÉ DÉTAILLÉE

| **PARTICIPANT** | | | |
|---|---|---|---|
| Prénom | | Nom | |
| Date de naissance | | Sexe | ☐ Masculin ☐ Féminin |
| No. assurance maladie | | Expiration | |
| Le participant possède-t-il une assurance médicament ? | ☐ Privée ☐ RAMQ ☐ Autre(s) : | | |
| Vaccin antitétanique (tétanos) | ☐ NON ☐ OUI Date : | | |
| Le participant souffre-t-il d'une des conditions/maladies suivantes : | | | |
| ☐ Asthme ☐ Indigestion ☐ Manque d'appétit ☐ Boulimie ☐ Constipation ☐ Trouble cardiaque<br>☐ Trouble urinaire ☐ Sida / VIH ☐ Hépatite ☐ Maladie de peau ☐ Diabète (fournir le régime alimentaire)<br>☐ Épilepsie ☐ Contrôlée ☐ non-contrôlée *(fournir le rapport médical expliquant la manifestation et signaler les dernières crises)* | | | |
| Le participant souffre-t-il d'incontinence | ☐ NON ☐ OUI (obligatoire) | | |
| ALLERGIES médicaments | ☐ NON ☐ OUI, précisez : | | |
| ALLERGIES aliments | ☐ NON ☐ OUI, précisez : | | |
| Possède un Épipen | ☐ NON ☐ OUI Autres allergies : | | |
| Le participant a-t-il un appareil auditif | ☐ Implant cochléaire ☐ Prothèse auditive ☐ Autre : | | |
| **Type de communication :** ☐ LSQ ☐ Français ☐ ASL ☐ Anglais ☐ Pictogrammes ☐ Non verbal | | | |
| **Nom des autres maladies ou handicaps** | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Antécédents médicaux (portez attention au diagnostic qui justifie le handicap)** | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Autres informations pertinentes** | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Le participant a-t-il un risque particulier de déshydratation, coup de chaleur ou d'infection quelconque?** | | | |
| ☐ NON ☐ OUI, si oui à quel moment ? | | | |

# CAMP DE VACANCES ET RÉPITS

## FICHE SANTÉ DÉTAILLÉE

| AUTONOMIE | | | |
|---|---|---|---|
| S'habiller : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Se laver : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Aller à la toilette : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ Rappel |
| S'orienter : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Se déplacer : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Utilisation d'un fauteuil roulant ou autre appareil de support : | ☐ Oui, précisez : | | |

| ALIMENTATION | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Manger : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | | |
| Boire : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | | |
| Intolérances ou restrictions alimentaires : | ☐ Non | ☐ Oui, précisez : | | |
| Présentation des aliments : | ☐ Tel quel | ☐ Hachés | ☐ En purée | ☐ Liquide |

| Type de comportement et degré de compréhension des consignes |
|---|
| |
| |
| |

| Le participant a-t-il ces comportements : | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ☐ Agressivité envers lui-même | ☐ Fugue | ☐ Tendance à s'isoler | | |
| ☐ Agressivité envers les autres | ☐ hyperactivités | ☐ Gestes autistiques | ☐ Opposition | ☐ Anxiété |

| Les éléments qui peuvent déclencher une désorganisation et les stratégies de contrôle |
|---|
| |
| |
| |

| Routine importante pour le participant |
|---|
| |
| |

| Date | Signature |
|---|---|
| | |

# CAMP DE VACANCES ET RÉPITS

## FICHE SANTÉ DÉTAILLÉE

| **PARTICIPANT** | | | |
|---|---|---|---|
| Prénom | | Nom | |
| Date de naissance | | Sexe | ☐ Masculin ☐ Féminin |
| No. assurance maladie | | Expiration | |
| Le participant possède-t-il une assurance médicament ? | ☐ Privée ☐ RAMQ ☐ Autre(s) : | | |
| Vaccin antitétanique (tétanos) | ☐ NON ☐ OUI Date : | | |
| Le participant souffre-t-il d'une des conditions/maladies suivantes : | | | |
| ☐ Asthme ☐ Indigestion ☐ Manque d'appétit ☐ Boulimie ☐ Constipation ☐ Trouble cardiaque<br>☐ Trouble urinaire ☐ Sida / VIH ☐ Hépatite ☐ Maladie de peau ☐ Diabète (fournir le régime alimentaire)<br>☐ Épilepsie ☐ Contrôlée ☐ non-contrôlée *(fournir le rapport médical expliquant la manifestation et signaler les dernières crises)* | | | |
| Le participant souffre-t-il d'incontinence | ☐ NON ☐ OUI (obligatoire) | | |
| ALLERGIES médicaments | ☐ NON ☐ OUI, précisez : | | |
| ALLERGIES aliments | ☐ NON ☐ OUI, précisez : | | |
| Possède un Épipen | ☐ NON ☐ OUI Autres allergies : | | |
| Le participant a-t-il un appareil auditif | ☐ Implant cochléaire ☐ Prothèse auditive ☐ Autre : | | |
| **Type de communication :** ☐ LSQ ☐ Français ☐ ASL ☐ Anglais ☐ Pictogrammes ☐ Non verbal | | | |
| **Nom des autres maladies ou handicaps** | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Antécédents médicaux (portez attention au diagnostic qui justifie le handicap)** | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Autres informations pertinentes** | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Le participant a-t-il un risque particulier de déshydratation, coup de chaleur ou d'infection quelconque?** | | | |
| ☐ NON ☐ OUI, si oui à quel moment ? | | | |

# CAMP DE VACANCES ET RÉPITS

## FICHE SANTÉ DÉTAILLÉE

| AUTONOMIE | | | |
|---|---|---|---|
| S'habiller : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Se laver : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Aller à la toilette : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ Rappel |
| S'orienter : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Se déplacer : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Utilisation d'un fauteuil roulant ou autre appareil de support : | ☐ Oui, précisez : | | |

| ALIMENTATION | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Manger : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | | |
| Boire : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | | |
| Intolérances ou restrictions alimentaires : | ☐ Non | ☐ Oui, précisez : | | |
| Présentation des aliments : | ☐ Tel quel | ☐ Hachés | ☐ En purée | ☐ Liquide |

| Type de comportement et degré de compréhension des consignes |
|---|
| |
| |
| |

| Le participant a-t-il ces comportements : | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ☐ Agressivité envers lui-même | ☐ Fugue | ☐ Tendance à s'isoler | | |
| ☐ Agressivité envers les autres | ☐ hyperactivités | ☐ Gestes autistiques | ☐ Opposition | ☐ Anxiété |

| Les éléments qui peuvent déclencher une désorganisation et les stratégies de contrôle |
|---|
| |
| |
| |

| Routine importante pour le participant |
|---|
| |
| |

| Date | Signature |
|---|---|
| | |

# CAMP DE VACANCES ET RÉPITS

## FICHE SANTÉ DÉTAILLÉE

| **PARTICIPANT** | | | |
|---|---|---|---|
| Prénom | | Nom | |
| Date de naissance | | Sexe | ☐ Masculin ☐ Féminin |
| No. assurance maladie | | Expiration | |
| Le participant possède-t-il une assurance médicament ? | ☐ Privée ☐ RAMQ ☐ Autre(s) : | | |
| Vaccin antitétanique (tétanos) | ☐ NON ☐ OUI Date : | | |
| Le participant souffre-t-il d'une des conditions/maladies suivantes : | | | |
| ☐ Asthme ☐ Indigestion ☐ Manque d'appétit ☐ Boulimie ☐ Constipation ☐ Trouble cardiaque<br>☐ Trouble urinaire ☐ Sida / VIH ☐ Hépatite ☐ Maladie de peau ☐ Diabète (fournir le régime alimentaire)<br>☐ Épilepsie ☐ Contrôlée ☐ non-contrôlée *(fournir le rapport médical expliquant la manifestation et signaler les dernières crises)* | | | |
| Le participant souffre-t-il d'incontinence | ☐ NON ☐ OUI (obligatoire) | | |
| ALLERGIES médicaments | ☐ NON ☐ OUI, précisez : | | |
| ALLERGIES aliments | ☐ NON ☐ OUI, précisez : | | |
| Possède un Épipen | ☐ NON ☐ OUI Autres allergies : | | |
| Le participant a-t-il un appareil auditif | ☐ Implant cochléaire ☐ Prothèse auditive ☐ Autre : | | |
| **Type de communication :** ☐ LSQ ☐ Français ☐ ASL ☐ Anglais ☐ Pictogrammes ☐ Non verbal | | | |
| **Nom des autres maladies ou handicaps** | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Antécédents médicaux (portez attention au diagnostic qui justifie le handicap)** | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Autres informations pertinentes** | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Le participant a-t-il un risque particulier de déshydratation, coup de chaleur ou d'infection quelconque?** | | | |
| ☐ NON ☐ OUI, si oui à quel moment ? | | | |

# CAMP DE VACANCES ET RÉPITS

## FICHE SANTÉ DÉTAILLÉE

| AUTONOMIE | | | |
|---|---|---|---|
| S'habiller : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Se laver : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Aller à la toilette : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ Rappel |
| S'orienter : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Se déplacer : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Utilisation d'un fauteuil roulant ou autre appareil de support : | ☐ Oui, précisez : | | |

| ALIMENTATION | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Manger : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | | |
| Boire : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | | |
| Intolérances ou restrictions alimentaires : | ☐ Non | ☐ Oui, précisez : | | |
| Présentation des aliments : | ☐ Tel quel | ☐ Hachés | ☐ En purée | ☐ Liquide |

| Type de comportement et degré de compréhension des consignes |
|---|
| |
| |
| |

| Le participant a-t-il ces comportements : | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ☐ Agressivité envers lui-même | ☐ Fugue | ☐ Tendance à s'isoler | | |
| ☐ Agressivité envers les autres | ☐ hyperactivités | ☐ Gestes autistiques | ☐ Opposition | ☐ Anxiété |

| Les éléments qui peuvent déclencher une désorganisation et les stratégies de contrôle |
|---|
| |
| |
| |

| Routine importante pour le participant |
|---|
| |
| |

| Date | Signature |
|---|---|
| | |

# CAMP DE VACANCES ET RÉPITS

## FICHE SANTÉ DÉTAILLÉE

| **PARTICIPANT** | | | |
|---|---|---|---|
| Prénom | | Nom | |
| Date de naissance | | Sexe | ☐ Masculin ☐ Féminin |
| No. assurance maladie | | Expiration | |
| Le participant possède-t-il une assurance médicament ? | ☐ Privée ☐ RAMQ ☐ Autre(s) : | | |
| Vaccin antitétanique (tétanos) | ☐ NON ☐ OUI Date : | | |
| Le participant souffre-t-il d'une des conditions/maladies suivantes : | | | |
| ☐ Asthme ☐ Indigestion ☐ Manque d'appétit ☐ Boulimie ☐ Constipation ☐ Trouble cardiaque<br>☐ Trouble urinaire ☐ Sida / VIH ☐ Hépatite ☐ Maladie de peau ☐ Diabète (fournir le régime alimentaire)<br>☐ Épilepsie ☐ Contrôlée ☐ non-contrôlée *(fournir le rapport médical expliquant la manifestation et signaler les dernières crises)* | | | |
| Le participant souffre-t-il d'incontinence | ☐ NON ☐ OUI (obligatoire) | | |
| ALLERGIES médicaments | ☐ NON ☐ OUI, précisez : | | |
| ALLERGIES aliments | ☐ NON ☐ OUI, précisez : | | |
| Possède un Épipen | ☐ NON ☐ OUI Autres allergies : | | |
| Le participant a-t-il un appareil auditif | ☐ Implant cochléaire ☐ Prothèse auditive ☐ Autre : | | |
| **Type de communication :** ☐ LSQ ☐ Français ☐ ASL ☐ Anglais ☐ Pictogrammes ☐ Non verbal | | | |
| **Nom des autres maladies ou handicaps** | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Antécédents médicaux (portez attention au diagnostic qui justifie le handicap)** | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Autres informations pertinentes** | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Le participant a-t-il un risque particulier de déshydratation, coup de chaleur ou d'infection quelconque?** | | | |
| ☐ NON ☐ OUI, si oui à quel moment ? | | | |

# CAMP DE VACANCES ET RÉPITS

## FICHE SANTÉ DÉTAILLÉE

| AUTONOMIE | | | |
|---|---|---|---|
| S'habiller : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Se laver : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Aller à la toilette : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ Rappel |
| S'orienter : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Se déplacer : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Utilisation d'un fauteuil roulant ou autre appareil de support : | ☐ Oui, précisez : | | |

| ALIMENTATION | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Manger : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | | |
| Boire : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | | |
| Intolérances ou restrictions alimentaires : | ☐ Non | ☐ Oui, précisez : | | |
| Présentation des aliments : | ☐ Tel quel | ☐ Hachés | ☐ En purée | ☐ Liquide |

| Type de comportement et degré de compréhension des consignes |
|---|
| |
| |
| |

| Le participant a-t-il ces comportements : | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ☐ Agressivité envers lui-même | ☐ Fugue | ☐ Tendance à s'isoler | | |
| ☐ Agressivité envers les autres | ☐ hyperactivités | ☐ Gestes autistiques | ☐ Opposition | ☐ Anxiété |

| Les éléments qui peuvent déclencher une désorganisation et les stratégies de contrôle |
|---|
| |
| |
| |

| Routine importante pour le participant |
|---|
| |
| |

| Date | Signature |
|---|---|
| | |

# CAMP DE VACANCES ET RÉPITS

## FICHE SANTÉ DÉTAILLÉE

| **PARTICIPANT** | | | |
|---|---|---|---|
| Prénom | | Nom | |
| Date de naissance | | Sexe | ☐ Masculin ☐ Féminin |
| No. assurance maladie | | Expiration | |
| Le participant possède-t-il une assurance médicament ? | ☐ Privée ☐ RAMQ ☐ Autre(s) : | | |
| Vaccin antitétanique (tétanos) | ☐ NON ☐ OUI Date : | | |
| Le participant souffre-t-il d'une des conditions/maladies suivantes : | | | |
| ☐ Asthme ☐ Indigestion ☐ Manque d'appétit ☐ Boulimie ☐ Constipation ☐ Trouble cardiaque<br>☐ Trouble urinaire ☐ Sida / VIH ☐ Hépatite ☐ Maladie de peau ☐ Diabète (fournir le régime alimentaire)<br>☐ Épilepsie ☐ Contrôlée ☐ non-contrôlée *(fournir le rapport médical expliquant la manifestation et signaler les dernières crises)* | | | |
| Le participant souffre-t-il d'incontinence | ☐ NON ☐ OUI (obligatoire) | | |
| ALLERGIES médicaments | ☐ NON ☐ OUI, précisez : | | |
| ALLERGIES aliments | ☐ NON ☐ OUI, précisez : | | |
| Possède un Épipen | ☐ NON ☐ OUI Autres allergies : | | |
| Le participant a-t-il un appareil auditif | ☐ Implant cochléaire ☐ Prothèse auditive ☐ Autre : | | |
| **Type de communication :** ☐ LSQ ☐ Français ☐ ASL ☐ Anglais ☐ Pictogrammes ☐ Non verbal | | | |
| **Nom des autres maladies ou handicaps** | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Antécédents médicaux (portez attention au diagnostic qui justifie le handicap)** | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Autres informations pertinentes** | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Le participant a-t-il un risque particulier de déshydratation, coup de chaleur ou d'infection quelconque?** | | | |
| ☐ NON ☐ OUI, si oui à quel moment ? | | | |

# CAMP DE VACANCES ET RÉPITS

## FICHE SANTÉ DÉTAILLÉE

| AUTONOMIE | | | |
|---|---|---|---|
| S'habiller : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Se laver : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Aller à la toilette : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ Rappel |
| S'orienter : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Se déplacer : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Utilisation d'un fauteuil roulant ou autre appareil de support : | ☐ Oui, précisez : | | |

| ALIMENTATION | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Manger : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | | |
| Boire : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | | |
| Intolérances ou restrictions alimentaires : | ☐ Non | ☐ Oui, précisez : | | |
| Présentation des aliments : | ☐ Tel quel | ☐ Hachés | ☐ En purée | ☐ Liquide |

| Type de comportement et degré de compréhension des consignes |
|---|
| |
| |
| |

| Le participant a-t-il ces comportements : | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ☐ Agressivité envers lui-même | ☐ Fugue | ☐ Tendance à s'isoler | | |
| ☐ Agressivité envers les autres | ☐ hyperactivités | ☐ Gestes autistiques | ☐ Opposition | ☐ Anxiété |

| Les éléments qui peuvent déclencher une désorganisation et les stratégies de contrôle |
|---|
| |
| |
| |

| Routine importante pour le participant |
|---|
| |
| |

| Date | Signature |
|---|---|
| | |

# CAMP DE VACANCES ET RÉPITS

## FICHE SANTÉ DÉTAILLÉE

| **PARTICIPANT** | | | |
|---|---|---|---|
| Prénom | | Nom | |
| Date de naissance | | Sexe | ☐ Masculin ☐ Féminin |
| No. assurance maladie | | Expiration | |
| Le participant possède-t-il une assurance médicament ? | ☐ Privée ☐ RAMQ ☐ Autre(s) : | | |
| Vaccin antitétanique (tétanos) | ☐ NON ☐ OUI Date : | | |
| Le participant souffre-t-il d'une des conditions/maladies suivantes : | | | |
| ☐ Asthme ☐ Indigestion ☐ Manque d'appétit ☐ Boulimie ☐ Constipation ☐ Trouble cardiaque<br>☐ Trouble urinaire ☐ Sida / VIH ☐ Hépatite ☐ Maladie de peau ☐ Diabète (fournir le régime alimentaire)<br>☐ Épilepsie ☐ Contrôlée ☐ non-contrôlée *(fournir le rapport médical expliquant la manifestation et signaler les dernières crises)* | | | |
| Le participant souffre-t-il d'incontinence | ☐ NON ☐ OUI (obligatoire) | | |
| ALLERGIES médicaments | ☐ NON ☐ OUI, précisez : | | |
| ALLERGIES aliments | ☐ NON ☐ OUI, précisez : | | |
| Possède un Épipen | ☐ NON ☐ OUI Autres allergies : | | |
| Le participant a-t-il un appareil auditif | ☐ Implant cochléaire ☐ Prothèse auditive ☐ Autre : | | |
| **Type de communication :** ☐ LSQ ☐ Français ☐ ASL ☐ Anglais ☐ Pictogrammes ☐ Non verbal | | | |
| **Nom des autres maladies ou handicaps** | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Antécédents médicaux (portez attention au diagnostic qui justifie le handicap)** | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Autres informations pertinentes** | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Le participant a-t-il un risque particulier de déshydratation, coup de chaleur ou d'infection quelconque?** | | | |
| ☐ NON ☐ OUI, si oui à quel moment ? | | | |

# CAMP DE VACANCES ET RÉPITS

## FICHE SANTÉ DÉTAILLÉE

| AUTONOMIE | | | |
|---|---|---|---|
| S'habiller : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Se laver : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Aller à la toilette : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ Rappel |
| S'orienter : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Se déplacer : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Utilisation d'un fauteuil roulant ou autre appareil de support : | ☐ Oui, précisez : | | |

| ALIMENTATION | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Manger : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | | |
| Boire : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | | |
| Intolérances ou restrictions alimentaires : | ☐ Non | ☐ Oui, précisez : | | |
| Présentation des aliments : | ☐ Tel quel | ☐ Hachés | ☐ En purée | ☐ Liquide |

| Type de comportement et degré de compréhension des consignes |
|---|
| |
| |
| |

| Le participant a-t-il ces comportements : | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ☐ Agressivité envers lui-même | ☐ Fugue | ☐ Tendance à s'isoler | | |
| ☐ Agressivité envers les autres | ☐ hyperactivités | ☐ Gestes autistiques | ☐ Opposition | ☐ Anxiété |

| Les éléments qui peuvent déclencher une désorganisation et les stratégies de contrôle |
|---|
| |
| |
| |

| Routine importante pour le participant |
|---|
| |
| |

| Date | Signature |
|---|---|
| | |

# CAMP DE VACANCES ET RÉPITS

## FICHE SANTÉ DÉTAILLÉE

| **PARTICIPANT** | | | |
|---|---|---|---|
| Prénom | | Nom | |
| Date de naissance | | Sexe | ☐ Masculin ☐ Féminin |
| No. assurance maladie | | Expiration | |
| Le participant possède-t-il une assurance médicament ? | ☐ Privée ☐ RAMQ ☐ Autre(s) : | | |
| Vaccin antitétanique (tétanos) | ☐ NON ☐ OUI Date : | | |
| Le participant souffre-t-il d'une des conditions/maladies suivantes : | | | |
| ☐ Asthme ☐ Indigestion ☐ Manque d'appétit ☐ Boulimie ☐ Constipation ☐ Trouble cardiaque<br>☐ Trouble urinaire ☐ Sida / VIH ☐ Hépatite ☐ Maladie de peau ☐ Diabète (fournir le régime alimentaire)<br>☐ Épilepsie ☐ Contrôlée ☐ non-contrôlée *(fournir le rapport médical expliquant la manifestation et signaler les dernières crises)* | | | |
| Le participant souffre-t-il d'incontinence | ☐ NON ☐ OUI (obligatoire) | | |
| ALLERGIES médicaments | ☐ NON ☐ OUI, précisez : | | |
| ALLERGIES aliments | ☐ NON ☐ OUI, précisez : | | |
| Possède un Épipen | ☐ NON ☐ OUI Autres allergies : | | |
| Le participant a-t-il un appareil auditif | ☐ Implant cochléaire ☐ Prothèse auditive ☐ Autre : | | |
| **Type de communication :** ☐ LSQ ☐ Français ☐ ASL ☐ Anglais ☐ Pictogrammes ☐ Non verbal | | | |
| **Nom des autres maladies ou handicaps** | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Antécédents médicaux (portez attention au diagnostic qui justifie le handicap)** | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Autres informations pertinentes** | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Le participant a-t-il un risque particulier de déshydratation, coup de chaleur ou d'infection quelconque?** | | | |
| ☐ NON ☐ OUI, si oui à quel moment ? | | | |

# CAMP DE VACANCES ET RÉPITS

## FICHE SANTÉ DÉTAILLÉE

| AUTONOMIE | | | |
|---|---|---|---|
| S'habiller : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Se laver : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Aller à la toilette : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ Rappel |
| S'orienter : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Se déplacer : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Utilisation d'un fauteuil roulant ou autre appareil de support : | ☐ Oui, précisez : | | |

| ALIMENTATION | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Manger : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | | |
| Boire : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | | |
| Intolérances ou restrictions alimentaires : | ☐ Non | ☐ Oui, précisez : | | |
| Présentation des aliments : | ☐ Tel quel | ☐ Hachés | ☐ En purée | ☐ Liquide |

| Type de comportement et degré de compréhension des consignes |
|---|
| |
| |
| |

| Le participant a-t-il ces comportements : | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ☐ Agressivité envers lui-même | ☐ Fugue | ☐ Tendance à s'isoler | | |
| ☐ Agressivité envers les autres | ☐ hyperactivités | ☐ Gestes autistiques | ☐ Opposition | ☐ Anxiété |

| Les éléments qui peuvent déclencher une désorganisation et les stratégies de contrôle |
|---|
| |
| |
| |

| Routine importante pour le participant |
|---|
| |
| |

| Date | Signature |
|---|---|
| | |

# CAMP DE VACANCES ET RÉPITS

## FICHE SANTÉ DÉTAILLÉE

| **PARTICIPANT** | | | |
|---|---|---|---|
| Prénom | | Nom | |
| Date de naissance | | Sexe | ☐ Masculin ☐ Féminin |
| No. assurance maladie | | Expiration | |
| Le participant possède-t-il une assurance médicament ? | ☐ Privée ☐ RAMQ ☐ Autre(s) : | | |
| Vaccin antitétanique (tétanos) | ☐ NON ☐ OUI Date : | | |
| Le participant souffre-t-il d'une des conditions/maladies suivantes : | | | |
| ☐ Asthme ☐ Indigestion ☐ Manque d'appétit ☐ Boulimie ☐ Constipation ☐ Trouble cardiaque<br>☐ Trouble urinaire ☐ Sida / VIH ☐ Hépatite ☐ Maladie de peau ☐ Diabète (fournir le régime alimentaire)<br>☐ Épilepsie ☐ Contrôlée ☐ non-contrôlée *(fournir le rapport médical expliquant la manifestation et signaler les dernières crises)* | | | |
| Le participant souffre-t-il d'incontinence | ☐ NON ☐ OUI (obligatoire) | | |
| ALLERGIES médicaments | ☐ NON ☐ OUI, précisez : | | |
| ALLERGIES aliments | ☐ NON ☐ OUI, précisez : | | |
| Possède un Épipen | ☐ NON ☐ OUI Autres allergies : | | |
| Le participant a-t-il un appareil auditif | ☐ Implant cochléaire ☐ Prothèse auditive ☐ Autre : | | |
| **Type de communication :** ☐ LSQ ☐ Français ☐ ASL ☐ Anglais ☐ Pictogrammes ☐ Non verbal | | | |
| **Nom des autres maladies ou handicaps** | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Antécédents médicaux (portez attention au diagnostic qui justifie le handicap)** | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Autres informations pertinentes** | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Le participant a-t-il un risque particulier de déshydratation, coup de chaleur ou d'infection quelconque?** | | | |
| ☐ NON ☐ OUI, si oui à quel moment ? | | | |

# CAMP DE VACANCES ET RÉPITS

## FICHE SANTÉ DÉTAILLÉE

| AUTONOMIE | | | |
|---|---|---|---|
| S'habiller : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Se laver : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Aller à la toilette : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ Rappel |
| S'orienter : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Se déplacer : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Utilisation d'un fauteuil roulant ou autre appareil de support : | ☐ Oui, précisez : | | |

| ALIMENTATION | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Manger : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | | |
| Boire : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | | |
| Intolérances ou restrictions alimentaires : | ☐ Non | ☐ Oui, précisez : | | |
| Présentation des aliments : | ☐ Tel quel | ☐ Hachés | ☐ En purée | ☐ Liquide |

| Type de comportement et degré de compréhension des consignes |
|---|
| |
| |
| |

| Le participant a-t-il ces comportements : | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ☐ Agressivité envers lui-même | ☐ Fugue | ☐ Tendance à s'isoler | | |
| ☐ Agressivité envers les autres | ☐ hyperactivités | ☐ Gestes autistiques | ☐ Opposition | ☐ Anxiété |

| Les éléments qui peuvent déclencher une désorganisation et les stratégies de contrôle |
|---|
| |
| |
| |

| Routine importante pour le participant |
|---|
| |
| |

| Date | Signature |
|---|---|
| | |

# CAMP DE VACANCES ET RÉPITS

## FICHE SANTÉ DÉTAILLÉE

| **PARTICIPANT** | | | |
|---|---|---|---|
| Prénom | | Nom | |
| Date de naissance | | Sexe | ☐ Masculin ☐ Féminin |
| No. assurance maladie | | Expiration | |
| Le participant possède-t-il une assurance médicament ? | ☐ Privée ☐ RAMQ ☐ Autre(s) : | | |
| Vaccin antitétanique (tétanos) | ☐ NON ☐ OUI Date : | | |
| Le participant souffre-t-il d'une des conditions/maladies suivantes : | | | |
| ☐ Asthme ☐ Indigestion ☐ Manque d'appétit ☐ Boulimie ☐ Constipation ☐ Trouble cardiaque<br>☐ Trouble urinaire ☐ Sida / VIH ☐ Hépatite ☐ Maladie de peau ☐ Diabète (fournir le régime alimentaire)<br>☐ Épilepsie ☐ Contrôlée ☐ non-contrôlée *(fournir le rapport médical expliquant la manifestation et signaler les dernières crises)* | | | |
| Le participant souffre-t-il d'incontinence | ☐ NON ☐ OUI (obligatoire) | | |
| ALLERGIES médicaments | ☐ NON ☐ OUI, précisez : | | |
| ALLERGIES aliments | ☐ NON ☐ OUI, précisez : | | |
| Possède un Épipen | ☐ NON ☐ OUI Autres allergies : | | |
| Le participant a-t-il un appareil auditif | ☐ Implant cochléaire ☐ Prothèse auditive ☐ Autre : | | |
| **Type de communication :** ☐ LSQ ☐ Français ☐ ASL ☐ Anglais ☐ Pictogrammes ☐ Non verbal | | | |
| **Nom des autres maladies ou handicaps** | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Antécédents médicaux (portez attention au diagnostic qui justifie le handicap)** | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Autres informations pertinentes** | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Le participant a-t-il un risque particulier de déshydratation, coup de chaleur ou d'infection quelconque?** | | | |
| ☐ NON ☐ OUI, si oui à quel moment ? | | | |

# CAMP DE VACANCES ET RÉPITS

## FICHE SANTÉ DÉTAILLÉE

| AUTONOMIE | | | |
|---|---|---|---|
| S'habiller : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Se laver : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Aller à la toilette : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ Rappel |
| S'orienter : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Se déplacer : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Utilisation d'un fauteuil roulant ou autre appareil de support : | ☐ Oui, précisez : | | |

| ALIMENTATION | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Manger : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | | |
| Boire : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | | |
| Intolérances ou restrictions alimentaires : | ☐ Non | ☐ Oui, précisez : | | |
| Présentation des aliments : | ☐ Tel quel | ☐ Hachés | ☐ En purée | ☐ Liquide |

| Type de comportement et degré de compréhension des consignes |
|---|
| |
| |
| |

| Le participant a-t-il ces comportements : | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ☐ Agressivité envers lui-même | ☐ Fugue | ☐ Tendance à s'isoler | | |
| ☐ Agressivité envers les autres | ☐ hyperactivités | ☐ Gestes autistiques | ☐ Opposition | ☐ Anxiété |

| Les éléments qui peuvent déclencher une désorganisation et les stratégies de contrôle |
|---|
| |
| |
| |

| Routine importante pour le participant |
|---|
| |
| |

| Date | Signature |
|---|---|
| | |

# CAMP DE VACANCES ET RÉPITS

## FICHE SANTÉ DÉTAILLÉE

| **PARTICIPANT** | | | |
|---|---|---|---|
| Prénom | | Nom | |
| Date de naissance | | Sexe | ☐ Masculin ☐ Féminin |
| No. assurance maladie | | Expiration | |
| Le participant possède-t-il une assurance médicament ? | ☐ Privée ☐ RAMQ ☐ Autre(s) : | | |
| Vaccin antitétanique (tétanos) | ☐ NON ☐ OUI Date : | | |
| Le participant souffre-t-il d'une des conditions/maladies suivantes : | | | |
| ☐ Asthme ☐ Indigestion ☐ Manque d'appétit ☐ Boulimie ☐ Constipation ☐ Trouble cardiaque<br>☐ Trouble urinaire ☐ Sida / VIH ☐ Hépatite ☐ Maladie de peau ☐ Diabète (fournir le régime alimentaire)<br>☐ Épilepsie ☐ Contrôlée ☐ non-contrôlée *(fournir le rapport médical expliquant la manifestation et signaler les dernières crises)* | | | |
| Le participant souffre-t-il d'incontinence | ☐ NON ☐ OUI (obligatoire) | | |
| ALLERGIES médicaments | ☐ NON ☐ OUI, précisez : | | |
| ALLERGIES aliments | ☐ NON ☐ OUI, précisez : | | |
| Possède un Épipen | ☐ NON ☐ OUI Autres allergies : | | |
| Le participant a-t-il un appareil auditif | ☐ Implant cochléaire ☐ Prothèse auditive ☐ Autre : | | |
| **Type de communication :** ☐ LSQ ☐ Français ☐ ASL ☐ Anglais ☐ Pictogrammes ☐ Non verbal | | | |
| **Nom des autres maladies ou handicaps** | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Antécédents médicaux (portez attention au diagnostic qui justifie le handicap)** | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Autres informations pertinentes** | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Le participant a-t-il un risque particulier de déshydratation, coup de chaleur ou d'infection quelconque?** | | | |
| ☐ NON ☐ OUI, si oui à quel moment ? | | | |

# CAMP DE VACANCES ET RÉPITS

## FICHE SANTÉ DÉTAILLÉE

| AUTONOMIE | | | |
|---|---|---|---|
| S'habiller : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Se laver : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Aller à la toilette : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ Rappel |
| S'orienter : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Se déplacer : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Utilisation d'un fauteuil roulant ou autre appareil de support : | ☐ Oui, précisez : | | |

| ALIMENTATION | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Manger : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | | |
| Boire : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | | |
| Intolérances ou restrictions alimentaires : | ☐ Non | ☐ Oui, précisez : | | |
| Présentation des aliments : | ☐ Tel quel | ☐ Hachés | ☐ En purée | ☐ Liquide |

| Type de comportement et degré de compréhension des consignes |
|---|
| |
| |
| |

| Le participant a-t-il ces comportements : | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ☐ Agressivité envers lui-même | ☐ Fugue | ☐ Tendance à s'isoler | | |
| ☐ Agressivité envers les autres | ☐ hyperactivités | ☐ Gestes autistiques | ☐ Opposition | ☐ Anxiété |

| Les éléments qui peuvent déclencher une désorganisation et les stratégies de contrôle |
|---|
| |
| |
| |

| Routine importante pour le participant |
|---|
| |
| |

| Date | Signature |
|---|---|
| | |

# CAMP DE VACANCES ET RÉPITS

## FICHE SANTÉ DÉTAILLÉE

| **PARTICIPANT** | | | |
|---|---|---|---|
| Prénom | | Nom | |
| Date de naissance | | Sexe | ☐ Masculin ☐ Féminin |
| No. assurance maladie | | Expiration | |
| Le participant possède-t-il une assurance médicament ? | ☐ Privée ☐ RAMQ ☐ Autre(s) : | | |
| Vaccin antitétanique (tétanos) | ☐ NON ☐ OUI Date : | | |
| Le participant souffre-t-il d'une des conditions/maladies suivantes : | | | |
| ☐ Asthme ☐ Indigestion ☐ Manque d'appétit ☐ Boulimie ☐ Constipation ☐ Trouble cardiaque<br>☐ Trouble urinaire ☐ Sida / VIH ☐ Hépatite ☐ Maladie de peau ☐ Diabète (fournir le régime alimentaire)<br>☐ Épilepsie ☐ Contrôlée ☐ non-contrôlée *(fournir le rapport médical expliquant la manifestation et signaler les dernières crises)* | | | |
| Le participant souffre-t-il d'incontinence | ☐ NON ☐ OUI (obligatoire) | | |
| ALLERGIES médicaments | ☐ NON ☐ OUI, précisez : | | |
| ALLERGIES aliments | ☐ NON ☐ OUI, précisez : | | |
| Possède un Épipen | ☐ NON ☐ OUI Autres allergies : | | |
| Le participant a-t-il un appareil auditif | ☐ Implant cochléaire ☐ Prothèse auditive ☐ Autre : | | |
| **Type de communication :** ☐ LSQ ☐ Français ☐ ASL ☐ Anglais ☐ Pictogrammes ☐ Non verbal | | | |
| **Nom des autres maladies ou handicaps** | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Antécédents médicaux (portez attention au diagnostic qui justifie le handicap)** | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Autres informations pertinentes** | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Le participant a-t-il un risque particulier de déshydratation, coup de chaleur ou d'infection quelconque?** | | | |
| ☐ NON ☐ OUI, si oui à quel moment ? | | | |

# CAMP DE VACANCES ET RÉPITS

## FICHE SANTÉ DÉTAILLÉE

| AUTONOMIE | | | |
|---|---|---|---|
| S'habiller : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Se laver : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Aller à la toilette : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ Rappel |
| S'orienter : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Se déplacer : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Utilisation d'un fauteuil roulant ou autre appareil de support : | ☐ Oui, précisez : | | |

| ALIMENTATION | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Manger : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | | |
| Boire : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | | |
| Intolérances ou restrictions alimentaires : | ☐ Non | ☐ Oui, précisez : | | |
| Présentation des aliments : | ☐ Tel quel | ☐ Hachés | ☐ En purée | ☐ Liquide |

| Type de comportement et degré de compréhension des consignes |
|---|
| |
| |
| |

| Le participant a-t-il ces comportements : | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ☐ Agressivité envers lui-même | ☐ Fugue | ☐ Tendance à s'isoler | | |
| ☐ Agressivité envers les autres | ☐ hyperactivités | ☐ Gestes autistiques | ☐ Opposition | ☐ Anxiété |

| Les éléments qui peuvent déclencher une désorganisation et les stratégies de contrôle |
|---|
| |
| |
| |

| Routine importante pour le participant |
|---|
| |
| |

| Date | Signature |
|---|---|
| | |

# CAMP DE VACANCES ET RÉPITS

## FICHE SANTÉ DÉTAILLÉE

| **PARTICIPANT** | | | |
|---|---|---|---|
| Prénom | | Nom | |
| Date de naissance | | Sexe | ☐ Masculin ☐ Féminin |
| No. assurance maladie | | Expiration | |
| Le participant possède-t-il une assurance médicament ? | ☐ Privée ☐ RAMQ ☐ Autre(s) : | | |
| Vaccin antitétanique (tétanos) | ☐ NON ☐ OUI Date : | | |
| Le participant souffre-t-il d'une des conditions/maladies suivantes : | | | |
| ☐ Asthme ☐ Indigestion ☐ Manque d'appétit ☐ Boulimie ☐ Constipation ☐ Trouble cardiaque<br>☐ Trouble urinaire ☐ Sida / VIH ☐ Hépatite ☐ Maladie de peau ☐ Diabète (fournir le régime alimentaire)<br>☐ Épilepsie ☐ Contrôlée ☐ non-contrôlée *(fournir le rapport médical expliquant la manifestation et signaler les dernières crises)* | | | |
| Le participant souffre-t-il d'incontinence | ☐ NON ☐ OUI (obligatoire) | | |
| ALLERGIES médicaments | ☐ NON ☐ OUI, précisez : | | |
| ALLERGIES aliments | ☐ NON ☐ OUI, précisez : | | |
| Possède un Épipen | ☐ NON ☐ OUI Autres allergies : | | |
| Le participant a-t-il un appareil auditif | ☐ Implant cochléaire ☐ Prothèse auditive ☐ Autre : | | |
| **Type de communication :** ☐ LSQ ☐ Français ☐ ASL ☐ Anglais ☐ Pictogrammes ☐ Non verbal | | | |
| **Nom des autres maladies ou handicaps** | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Antécédents médicaux (portez attention au diagnostic qui justifie le handicap)** | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Autres informations pertinentes** | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Le participant a-t-il un risque particulier de déshydratation, coup de chaleur ou d'infection quelconque?** | | | |
| ☐ NON ☐ OUI, si oui à quel moment ? | | | |

# CAMP DE VACANCES ET RÉPITS

## FICHE SANTÉ DÉTAILLÉE

| AUTONOMIE | | | |
|---|---|---|---|
| S'habiller : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Se laver : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Aller à la toilette : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ Rappel |
| S'orienter : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Se déplacer : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Utilisation d'un fauteuil roulant ou autre appareil de support : | ☐ Oui, précisez : | | |

| ALIMENTATION | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Manger : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | | |
| Boire : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | | |
| Intolérances ou restrictions alimentaires : | ☐ Non | ☐ Oui, précisez : | | |
| Présentation des aliments : | ☐ Tel quel | ☐ Hachés | ☐ En purée | ☐ Liquide |

| Type de comportement et degré de compréhension des consignes |
|---|
| |
| |
| |

| Le participant a-t-il ces comportements : | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ☐ Agressivité envers lui-même | ☐ Fugue | ☐ Tendance à s'isoler | | |
| ☐ Agressivité envers les autres | ☐ hyperactivités | ☐ Gestes autistiques | ☐ Opposition | ☐ Anxiété |

| Les éléments qui peuvent déclencher une désorganisation et les stratégies de contrôle |
|---|
| |
| |
| |

| Routine importante pour le participant |
|---|
| |
| |

| Date | Signature |
|---|---|
| | |

# CAMP DE VACANCES ET RÉPITS

## FICHE SANTÉ DÉTAILLÉE

| **PARTICIPANT** | | | |
|---|---|---|---|
| Prénom | | Nom | |
| Date de naissance | | Sexe | ☐ Masculin ☐ Féminin |
| No. assurance maladie | | Expiration | |
| Le participant possède-t-il une assurance médicament ? | ☐ Privée ☐ RAMQ ☐ Autre(s) : | | |
| Vaccin antitétanique (tétanos) | ☐ NON ☐ OUI Date : | | |
| Le participant souffre-t-il d'une des conditions/maladies suivantes : | | | |
| ☐ Asthme ☐ Indigestion ☐ Manque d'appétit ☐ Boulimie ☐ Constipation ☐ Trouble cardiaque<br>☐ Trouble urinaire ☐ Sida / VIH ☐ Hépatite ☐ Maladie de peau ☐ Diabète (fournir le régime alimentaire)<br>☐ Épilepsie ☐ Contrôlée ☐ non-contrôlée *(fournir le rapport médical expliquant la manifestation et signaler les dernières crises)* | | | |
| Le participant souffre-t-il d'incontinence | ☐ NON ☐ OUI (obligatoire) | | |
| ALLERGIES médicaments | ☐ NON ☐ OUI, précisez : | | |
| ALLERGIES aliments | ☐ NON ☐ OUI, précisez : | | |
| Possède un Épipen | ☐ NON ☐ OUI Autres allergies : | | |
| Le participant a-t-il un appareil auditif | ☐ Implant cochléaire ☐ Prothèse auditive ☐ Autre : | | |
| **Type de communication :** ☐ LSQ ☐ Français ☐ ASL ☐ Anglais ☐ Pictogrammes ☐ Non verbal | | | |
| **Nom des autres maladies ou handicaps** | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Antécédents médicaux (portez attention au diagnostic qui justifie le handicap)** | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Autres informations pertinentes** | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Le participant a-t-il un risque particulier de déshydratation, coup de chaleur ou d'infection quelconque?** | | | |
| ☐ NON ☐ OUI, si oui à quel moment ? | | | |

# CAMP DE VACANCES ET RÉPITS

## FICHE SANTÉ DÉTAILLÉE

| AUTONOMIE | | | |
|---|---|---|---|
| S'habiller : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Se laver : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Aller à la toilette : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ Rappel |
| S'orienter : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Se déplacer : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | ☐ est incapable |
| Utilisation d'un fauteuil roulant ou autre appareil de support : | ☐ Oui, précisez : | | |

| ALIMENTATION | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Manger : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | | |
| Boire : | ☐ Seul(e) | ☐ avec aide, précisez : | | |
| Intolérances ou restrictions alimentaires : | ☐ Non | ☐ Oui, précisez : | | |
| Présentation des aliments : | ☐ Tel quel | ☐ Hachés | ☐ En purée | ☐ Liquide |

| Type de comportement et degré de compréhension des consignes |
|---|
| |
| |
| |

| Le participant a-t-il ces comportements : | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ☐ Agressivité envers lui-même | ☐ Fugue | ☐ Tendance à s'isoler | | |
| ☐ Agressivité envers les autres | ☐ hyperactivités | ☐ Gestes autistiques | ☐ Opposition | ☐ Anxiété |

| Les éléments qui peuvent déclencher une désorganisation et les stratégies de contrôle |
|---|
| |
| |
| |

| Routine importante pour le participant |
|---|
| |
| |

| Date | Signature |
|---|---|
| | |