

# INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES



1721 ch. Lac Quenouille, Lac Supérieur (QC) J0T 1J0  
Tél : 1-800-567-6788 | Tél : 819-326-4281 | Fax : 819-326-3230  
campete@ptitbonheur.com  
www.ptitbonheur.com

*Veillez noter qu'en regard des informations contenues sur cette fiche, il est possible que la personne responsable de l'acceptation des dossiers émette un refus de candidature si elle juge que notre organisation n'est pas en mesure d'accueillir l'enfant.*

## LE CAMPEUR

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

Ancien campeur :  OUI  NON Si oui, année du dernier séjour : \_\_\_\_\_

## QUEL EST LE DIAGNOSTIC DE L'ENFANT? :

- Trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH)
- Trouble du déficit de l'attention sans hyperactivité (TDA)
- Déficience intellectuelle légère (DI)
- Syndrome de Gilles de la Tourette (SGT)
- Trouble du spectre de l'autisme, anciennement appelé TED (TSA)
- Trouble obsessionnel compulsif (TOC)
- Anxiété généralisée
- Dépression
- Troubles de langage (Dysphasie, dyslexie, dyspraxie ou autre)
- Trouble de comportement/trouble de la conduite (TC)
- Trouble grave du comportement (TGC)
- Troubles moteurs, physiques et/ou sensoriels (ex : auditif, visuel ou autre)
- Autres (Précisez) : \_\_\_\_\_

## VEUILLEZ PRÉCISER LES PARTICULARITÉS DU OU DES DIAGNOSTICS, SI NÉCESSAIRE :

---

---

---

## VOTRE ENFANT A-T-IL DES DIFFICULTÉS PARTICULIÈRES POUVANT AFFECTER SON COMPORTEMENT? OUI/NON

(Si oui, veuillez répondre aux questions suivantes)

## VOTRE ENFANT EST-IL ANXIEUX, CRAINTIF ET/OU INSÉCURE FACE À CERTAINES SITUATIONS? Si oui, veuillez préciser.

---

---

---

## VOTRE ENFANT A-T-IL DES DIFFICULTÉS PARTICULIÈRES AVEC LA NOUVEAUTÉ? Si oui, veuillez préciser.

---

---

---

## VOTRE ENFANT A-T-IL DES DIFFICULTÉS OU RÉACTIONS PARTICULIÈRES À L'ÉGARD DE L'AUTORITÉ, DES RÈGLEMENTS ET DES ROUTINES? Si oui, veuillez préciser.

---

---

---

**VOTRE ENFANT EST-IL SUSCEPTIBLE DE FAIRE PREUVE D'AGRESSIVITÉ OU DE FAIRE DES CRISES LORS DE SON SÉJOUR AU CAMP?** Si oui, veuillez préciser.

---

---

---

**L'ARRÊT D'AGIR *PHYSIQUE* EST-IL NÉCESSAIRE?**

Oui  Non

**VOTRE ENFANT A-T-IL D'AUTRES DIFFICULTÉS PARTICULIÈRES?** Si oui, veuillez préciser.

---

---

---

**QUELLES SONT LES INTERVENTIONS À FAVORISER POUR AIDER VOTRE ENFANT S'IL VIT DES DIFFICULTÉS?**

Avez-vous des conseils et des trucs à nous suggérer (ex : Ceux utilisés à l'école)

---

---

---

**VOTRE ENFANT A-T-IL DÉJÀ FRÉQUENTÉ UN CAMP DE VACANCES OU CAMP DE JOUR?**

Si oui, veuillez indiquer le nom du camp, ainsi que des détails sur son séjour.

---

---

---

**DÉTAILS SUR LE COMPORTEMENT DE L'ENFANT À L'ÉCOLE :**

(type de suivi avec l'intervenant (e), système de récompense, trucs et suggestions)

---

---

---

**L'ENFANT FRÉQUENTE-T-IL UNE ÉCOLE OU UNE CLASSE SPÉCIALISÉE?** Si oui, veuillez préciser

---

---

---

**REMARQUES IMPORTANTES, BESOINS PARTICULIERS, INFORMATIONS PERTINENTES À CONNAÎTRE POUR ASSURER UN BON FONCTIONNEMENT :**

---

---

---

Nom de l'organisme (si applicable) : \_\_\_\_\_

Nom de l'intervenant ou du parent : \_\_\_\_\_

Coordonnées d'une personne ressource provenant de l'organisme (obligatoire) : \_\_\_\_\_

J'atteste que les informations ci-haut mentionnées sont exactes et que je suis disponible pour répondre à d'autres questions si nécessaire.

Signature de l'intervenant ou du parent : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_