



CAMP DE JOUR 2026

Formulaire de demande d'accompagnement

Les informations retrouvées dans le présent formulaire demeureront confidentielles et nous aideront à offrir à votre enfant une expérience de camp réussie. Seules les informations importantes seront partagées avec son animateur et son supérieur immédiat pour permettre de meilleures interventions.

Veuillez remplir les sections applicables à votre enfant et retourner le formulaire complété avant le 27 mars 2026 à l'adresse suivante : campdejour@nicolet.ca

Renseignement sur l'enfant

Nom :	Prénom :
Adresse principale (numéro, rue, appartement, ville, code postal) :	
Date de naissance :	Âge au 30 septembre :
Genre : F M Préfère ne pas répondre	

Renseignement sur les parents / tuteurs

Parent / Tuteur 1	
Nom :	Prénom :
Lien avec l'enfant :	Courriel :
Téléphone (résidence) :	Téléphone (cellulaire) :
Adresse principale (numéro, rue, appartement, ville, code postal) :	
Parent / Tuteur 2	
Nom :	Prénom :
Lien avec l'enfant :	Courriel :
Téléphone (résidence) :	Téléphone (cellulaire) :
Adresse principale (numéro, rue, appartement, ville, code postal) :	

Horaire de fréquentation souhaitée

☐	Semaine du 29 juin au 3 juillet
☐	Semaine du 6 au 10 juillet
☐	Semaine du 13 au 17 juillet
☐	Semaine du 20 au 24 juillet
☐	Semaine du 27 au 31 juillet
☐	Semaine du 3 au 7 août
☐	Semaine du 10 au 14 août
☐	
Heure d'arrivée prévue :	
Heure de départ prévue :	

Besoins particuliers et diagnostics		
	Déficiência intellectuelle	Précisez :
	Trouble du spectre de l'autisme	Précisez :
	Trouble du comportement	Précisez :
	Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité	Précisez :
	Déficiência motrice	Précisez :
	Déficiência visuelle	Précisez :
	Déficiência auditive	Précisez :
	Épilepsie	Précisez :
	Trisomie 21	Précisez :
	Allergie(s)	Précisez :
	Autre (Asthme, diabète, problème cardiaque, etc.)	Précisez :

Comportement de l'enfant				
	Fréquemment	Parfois	Rarement	Jamais
Crache				
Mord				
Frappe				
Bouscule				
Crie				
Langage inapproprié				
Opposition aux consignes				
Fugue				
Brise le matériel				
Intolérance au bruit				
Éveil sexuel				
Difficulté de transition entre les activités				
Difficulté à gérer des situations imprévues				
Difficulté à déroger de la routine				
N'aime pas être touché				
Autres informations :				

Autonomie et compréhension			
	Seul	Sous supervision	Avec aide
Aller aux toilettes			
S'habiller			
Se déplacer			
Se nourrir			
Appliquer de la crème solaire			
Se baigner			
Penser à boire			
Rester avec le groupe			
Participer aux activités			
Comprendre les consignes			
Se faire comprendre			
Monter et descendre des escaliers			
Autres informations :			

Activités aquatiques		
	Oui	Non
Nager en eau peu profonde		
Aime se baigner		
Sait nager en eau profonde		
A besoin d'une veste de flottaison		
Mon enfant a peur de l'eau		
Autres informations :		

Médication		
	Oui *	Non
Mon enfant prend des médicaments		

*Si oui, veuillez compléter le formulaire d'autorisation de prise de médicaments à la fin de ce document.

Interventions à privilégier
Toutes autres informations que vous jugez nécessaires de nous partager (pictogramme, coin calme, jouets pour calmer l'anxiété, etc.)

Consentement et signature du répondant

Je déclare que les renseignements fournis dans le présent document sont complets et exacts.

Signature

Date

Nom complet en lettres moulées

Lien avec l'enfant

**Retourner le formulaire complété avant le 27 mars 2026 à l'adresse
suivante : campdejour@nicolet.ca**



**CAMP DE JOUR DE LA VILLE DE NICOLET
AUTORISATION DE PRISE D'UN MÉDICAMENT**

Pour des raisons de sécurité, nous vous demandons de mentionner tout médicament qui doit être pris par l'enfant. Merci d'aviser la direction du camp de jour de toute modification concernant ces renseignements.

INFORMATIONS SUR L'ENFANT	
Nom de l'enfant :	
Date de naissance :	
Numéro d'assurance-maladie :	Date d'expiration :

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE-RESPONSABLE DE L'ENFANT	
Nom et prénom :	
Tél. (résidence) :	Tél. (travail, cellulaire) :

INFORMATIONS SUR LA MÉDICATION	
Nom du médicament :	
Raison de la prise du médicament :	
Dose :	
Fréquence :	Heures :
Forme : capsule, pilule ☐ liquide ☐ autre ☐ spécifiez :	
Mon enfant prend son médicament : seul ☐ avec de l'aide ☐	
Le médicament a besoin d'être réfrigéré : oui ☐ non ☐	
Date du début de la prise du médicament :	Fin :
Le médicament sera remis à l'animateur : chaque jour ☐ chaque semaine ☐	
Autres informations pertinentes :	

☐ J'autorise mon enfant à prendre le médicament décrit ci-dessus en se conformant aux modalités prescrites.

Nom du parent/tuteur : _____

Signature du parent/tuteur : _____ Date : _____

Signature de la direction du camp de jour : _____ Date : _____

Consentement à l'échange de renseignements personnels

L'accès à ces renseignements servira notamment, à dresser un portrait juste des manifestations comportementales et des besoins particuliers de l'enfant **dans un contexte de camp de jour municipal**, ceci, dans le but de faciliter la mise en place d'accommodements et de services **possibles et raisonnables** à une expérience de camp de jour municipal positive et adaptée. Il est à noter que ce document **n'est pas** le formulaire d'inscription officielle au service de camp de jour.

À titre de signataire et titulaire de l'autorité parentale, je consens et autorise :

Le camp de jour municipal de : Ville de Nicolet et son personnel autorisé à récupérer, divulguer et transmettre tous renseignements pertinents et nécessaires sur les besoins particuliers de l'enfant auprès de la Commission scolaire de la Rivéraine, des établissements et des organismes listés à la présente, dans le but de favoriser un continuum de services et le maintien des acquis de l'enfant.

L'ENFANT À BESOINS PARTICULIERS

Prénom et nom de l'enfant :					
Date de naissance :	/	/	(MM / JJ / AAAA)	Âge :	Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin ☐ Autre :
Nom de l'école fréquentée :				Niveau scolaire :	
Nom de l'enseignant actuel :					

PARENT(S) 1 et 2 ou TUTEUR(S) 1 et 2

Prénom et nom (1) :				Lien avec l'enfant :	
Adresse complète :				Code postal :	
Téléphone :		Cellulaire :		Bureau :	
Courriel :					
Prénom et nom (2) :				Lien avec l'enfant :	
Nom du ou des titulaires de l'autorité parentale :					

BESOINS PARTICULIERS ET DIAGNOSTIC DE L'ENFANT

Est-ce que l'enfant a reçu un diagnostic? (trouble de comportement, TDA/H, TSA, anxiété, trouble du spectre de l'autisme, déficience motrice, intellectuelle, visuelle, etc.) Oui ☐ Non ☐	Si non, est-il en attente d'un diagnostic? Oui ☐ Non ☐
Si oui, lequel ou lesquels ?	
Première expérience de camp de jour ? Oui ☐ Non ☐	
L'enfant doit-il être accompagné dans ses activités au camp ? Oui ☐ Non ☐	
Ratio suggéré : (1/1, 1/2, etc.)	

Pour permettre et assurer une évaluation et une analyse adéquate des besoins particuliers de l'enfant, j'autorise le camp de jour municipal à contacter les professionnels autorisés des organismes cochés ci-dessous au besoin.

Cochez les organismes de qui l'enfant reçoit présentement des services	Veuillez apposer vos initiales vis-à-vis des organismes cochés	Cochez les organismes de qui l'enfant reçoit présentement des services	Veuillez apposer vos initiales vis-à-vis des organismes cochés
☐ Commission scolaire de la Rivéraine et ses écoles		☐ Centre de réadaptation en déficience intellectuel-TED	
☐ CSSS de Bécancour-Nicolet-Yamaska		☐ Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec	
☐ Centre jeunesse de la Mauricie et Centre-du-Québec		☐ Organisme communautaire, précisez :	
☐ Centre de réadaptation InterVal		☐ Camp jour municipal ou spécialisé fréquenté l'an dernier, si différent de celui indiqué dans l'entête, précisez :	
☐ CSSS de Trois-Rivières – (Pavillon Arc-en-ciel)		☐ Autre organisme, précisez :	
☐ Centre de la petite enfance, précisez :		☐ Autre organisme, précisez :	

Cette autorisation est valable durant toute l'année 2026 à compter de la date de signature de ce document. L'autorisation est révoquée en tout temps.

S.V.P., VEUILLEZ RETOURNER CE DOCUMENT AVANT LE 27 mars 2026.

Je certifie que les informations transmises au présent formulaire sont exactes.

En foi de quoi, nous avons signé à _____ le _____

Parent ou tuteur 1

Parent ou tuteur 2