



# RENSEIGNEMENTS PERSONNELS



## IMPORTANT -

S'IL VOUS PLAÎT JOINDRE UNE PHOTO DE VOTRE ENFANT -  
FORMAT DE POCHE ET EN COULEUR.

**NOTE AUX PARENTS / TUTEURS : VEUILLEZ RÉPONDRE AUX QUESTIONS SUIVANTES DE FAÇON FRANCHE ET PRÉCISE. CES RENSEIGNEMENTS SERONT TRÈS UTILES À NOTRE PERSONNEL ET DEMEURERONT CONFIDENTIELS. EN NOUS DONNANT LE PLUS DE RENSEIGNEMENTS POSSIBLE, VOUS NOUS AIDEZ À OFFRIR UNE EXPERIENCE SAIN ET AGRÉABLE À VOTRE ENFANT.**

NOM DE FAMILLE : \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

EST-CE QUE VOTRE ENFANT A DÉJÀ SÉJOURNÉ DANS UN AUTRE CAMP DE VACANCES? \_\_\_\_\_ OUI  NON

SI OUI, LEQUEL ? \_\_\_\_\_ DURÉE DU SÉJOUR? \_\_\_\_\_

EST-CE QUE VOTRE ENFANT SAIT NAGER? \_\_\_\_\_ OUI  NON

QUEL SONT LES PASSE-TEMPS FAVORIS DE VOTRE ENFANT? (RIEN ÉLECTRONIQUE)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

EST-CE QUE VOTRE ENFANT SOUFFRE DE CERTAINES FRAYEURS ?  
(PAR EXEMPLE; PEUR DE L'EAU, PEUR DU NOIR, PEUR DES ARAIGNÉES...)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

SI OUI, COMMENT POUVONS-NOUS AIDER?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

EST-CE QUE VOTRE ENFANT A DES HABITUDES LA NUIT DONT NOUS DEVRIONS ÊTRE AU COURANT? (PAR EXEMPLE; , MOUILLE SON LIT, SOMNAMBULISME, ETC):

\_\_\_\_\_

EST-CE QUE VOTRE ENFANT UTILISE UNE LAMPE DE NUIT À LA MAISON?

\_\_\_\_\_

EST CE QUE VOTRE ENFANT A TENDANCE A S'ENNUYER DE LA MAISON?

SI OUI, COMMENT POUVONS-NOUS L'AIDER?

EST CE QUE VOTRE ENFANT A DES PROBLÈMES DE COMPORTEMENT ?

OUI  NON

SI OUI, PRÉCISER ET QUELLES SONT LES MESURES QUE VOUS PRENEZ POUR RÉPONDRE À LA SITUATION.

Y A-T-IL EU DES CHANGEMENTS AU SEIN DE LA FAMILLE AU COURS DE LA DERNIÈRE ANNÉE ? ( PAR EXEMPLE; NAISSANCE, MARIAGE, DÉCÈS, DIVORCE, SÉPARATION, CHANGEMENT DE GARDE, ETC...) SI OUI, COMMENT VOTRE ENFANT S'EST-IL (ELLE) ADAPTÉ(E) À CES CHANGEMENTS?

AVEZ-VOUS D'AUTRES COMMENTAIRES OU CONSEILS À NOUS DONNER SUR LES BESOINS ÉMOTIFS, LES HABITUDES PERSONNELLES OU TOUTE AUTRES CONSIDÉRATIONS PARTICULIÈRES RELATIVES À VOTRE ENFANT?