



FORMULAIRE DEMANDE D'ACCOMPAGNEMENT

Programme d'intégration pour les enfants ayant des besoins particuliers aux camps de jour

1. Renseignements sur l'identité de l'enfant et son répondant

| | |
|---|--|
| Nom de l'enfant | Prénom de l'enfant |
| Adresse principale (numéro, rue, appartement) | |
| Ville | Province |
| Code postal | Sexe |
| Tél. (résidence) | Tél. (cellulaire) |
| Âge en date du 30 septembre | Date de naissance (aaaa-mm-jj) |
| Nom du parent ou du répondant | Prénom |
| Lien avec l'enfant | Courriel |
| L'enfant fréquente présentement l'école | Si oui, quel est le nom de son école |
| NON OUI | Si oui, est-il dans une classe régulière |

S'il ne fréquente pas une classe régulière, quel est le ratio d'encadrement de sa classe
_____ intervenant(s) / _____ enfants

2. Historique d'accompagnement

Votre enfant a-t-il fréquenté un camp de jour l'été passé NON OUI

Si oui, quel est le nom du camp de jour

Bénéficiait-il d'un accompagnement NON OUI

Si oui, selon quel ratio d'accompagnement (accompagnateur/enfant)

1 :1 1 :2 1 :3 Autre :

3. Statut du diagnostic de l'enfant

Votre enfant est-il en attente d'un diagnostic NON OUI

(si oui, aux lignes suivantes, inscrire les coordonnées du professionnel avec lequel vous avez amorcé des démarches pour établir un diagnostic)

| | |
|----------------------|--------------|
| Nom du professionnel | Organisation |
|----------------------|--------------|

| Titre du professionnel | | Tél. (incluant le numéro du poste) | | |
|--|------------------------|---|----------------------------------|---------------------------------|
| Votre enfant a-t-il reçu un diagnostic? | | NON | OUI | |
| Nature du diagnostic : | | | | |
| 4. Ressources de l'enfant (intervenant, psychologue, éducateur spécialisé, travailleur social ...) | | | | |
| Il est important d'inscrire le nom et les coordonnées complètes des intervenants qui suivent ACTUELLEMENT votre enfant. | | | | |
| Intervenant(s) | Institution (précisez) | École (précisez) | Autre (précisez) | |
| Nom du professionnel | | | | |
| Titre | | | | |
| Tél. (incluant le numéro du poste) | | | | |
| Nom du professionnel | | | | |
| Titre | | | | |
| Tél. (incluant le numéro du poste) | | | | |
| <input type="checkbox"/> Mon enfant n'est pas suivi par aucun intervenant | | | | |
| 5. Nature des limitations de l'enfant | | | | |
| <input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle | | <input type="checkbox"/> légère | <input type="checkbox"/> moyenne | <input type="checkbox"/> sévère |
| Précisez : | | | | |
| <input type="checkbox"/> Trouble du spectre autistique (TSA) | | <input type="checkbox"/> Autisme léger <input type="checkbox"/> Autisme moyen <input type="checkbox"/> Autisme de haut niveau <input type="checkbox"/> Autisme sévère <input type="checkbox"/> Asperger | | |
| Précisez : | | | | |
| <input type="checkbox"/> Déficience motrice | | <input type="checkbox"/> Fine et global <input type="checkbox"/> Fine <input type="checkbox"/> Global | | |
| Précisez : | | | | |
| <input type="checkbox"/> Déficience visuelle | | Précisez : | | |
| <input type="checkbox"/> Déficience auditive | | Précisez : | | |

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Trouble du langage et de la parole | <input type="checkbox"/> Compréhension <input type="checkbox"/> Expression <input type="checkbox"/> Mixte <input type="checkbox"/> Non Verbal |
| | Précisez : |
| <input type="checkbox"/> Trouble déficitaire de l'attention | <input type="checkbox"/> sans hyperactivité (TDA) <input type="checkbox"/> avec hyperactivité (TDAH) |
| | Précisez : |
| <input type="checkbox"/> Trouble de la santé mentale | Précisez : |
| <input type="checkbox"/> Trouble du comportement | <input type="checkbox"/> Opposition <input type="checkbox"/> Anxiété <input type="checkbox"/> Agressivité <input type="checkbox"/> Passivité |
| <input type="checkbox"/> Santé particulière (ex. : allergies sévères, épilepsie, diabète) | Précisez : |
| <input type="checkbox"/> Peurs, phobies importantes | Précisez : |
| <input type="checkbox"/> Trisomie 21 | Précisez : |
| <input type="checkbox"/> Syndrôme de la tourette | Précisez : |
| <input type="checkbox"/> Autre | Précisez : |

6. Évaluation de l'attitude et des comportements de l'enfant

Est-ce que l'enfant adopte les comportements suivants ?

| COMPORTEMENTS | FRÉQUEMMENT | PARFOIS | RAREMENT | JAMAIS |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Mord | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Crache | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Frappe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bouscule | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Crie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Utilise un langage inapproprié | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Opposition aux consignes et aux règles | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| S'éloigne du groupe (fugue) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Brise le matériel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Intolérance au bruit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Éveil sexuel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Difficulté avec les transitions d'activités | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Difficulté à gérer les situations imprévues | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Difficulté à déroger de ses routines ou rituels | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Inconfort tactile (n'aime pas être touché) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fatigue excessive après un effort jugé normal pour un enfant de son âge | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Difficulté à gérer ses émotions | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

7. Interventions privilégiées

De quelle façon doit-on intervenir en présence de l'un de ces comportements ?

8. Évaluation du degré de supervision

Lors des situations de vie énoncées, l'enfant a besoin :

| SITUATIONS | Aide constante | Aide fréquente | Aide ponctuelle | Supervision verbale | Aucune aide |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Autonomie Habillement (ex. : se vêtir, attacher ses souliers) | <input type="checkbox"/> |
| Hygiène personnelle Précisez : | <input type="checkbox"/> |
| Alimentation (ex. : repas et collation) | <input type="checkbox"/> |
| Prise de médicaments | <input type="checkbox"/> |
| Gérer ses effets personnels (ex. : boîte à lunch, sac à dos, etc.) | <input type="checkbox"/> |
| Rester avec le groupe | <input type="checkbox"/> |
| Éviter les situations dangereuses (conscience du danger) | <input type="checkbox"/> |
| 2. Participation aux activités Stimulation à la participation | <input type="checkbox"/> |
| Interaction avec les adultes | <input type="checkbox"/> |
| Interaction avec les autres enfants | <input type="checkbox"/> |
| Fonctionnement en groupe | <input type="checkbox"/> |
| Activité de motricité fine (bricolage, manipulations, insertions, etc.) | <input type="checkbox"/> |

| | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Activité de motricité globale (sports, jeux psychomoteurs, ballon, etc.) | <input type="checkbox"/> |
| Baignade | <input type="checkbox"/> |
| 3. Communication Compréhension des consignes | <input type="checkbox"/> |
| Se faire comprendre | <input type="checkbox"/> |
| 4. Déplacement (Si l'enfant se déplace en fauteuil roulant, passez à la question suivante) | <input type="checkbox"/> |
| Marche en terrain accidenté | <input type="checkbox"/> |
| Marche sur de longues distances | <input type="checkbox"/> |
| Escaliers | <input type="checkbox"/> |
| Autobus | <input type="checkbox"/> |

8. Évaluation du degré de supervision (suite)

Lors des situations de vie énoncées, l'enfant a besoin :

| SITUATIONS | OUI | NON | Précisez |
|---|--------------------------|--------------------------|----------|
| 5. Aide à la mobilité Utilisation d'un fauteuil roulant | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Utilisation d'une marchette | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Utilisation d'une canne ou de bâquilles | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 6. Aide à la communication Utilisation de picto, tableau, ordinateur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Langage des signes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Gestes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

9. Existe-t-il une raison qui empêcherait ou limiterait la participation de l'enfant à une journée régulière de camp de jour (ex. : durée de la journée (9h à 16h), sortie à l'extérieur du site de camp ...) ?

- Non
- Oui (si oui, précisez :)

10. Existe-t-il une raison qui empêcherait ou limiterait la participation de l'enfant au service de garde (pas d'animation)?

- Non
- Oui (si oui, précisez :)

11. Existe-t-il une raison qui empêcherait ou limiterait la participation de l'enfant à une sortie?

- Non
- Oui (si oui, précisez :)

12. Y'a-t-il d'autres renseignements importants à connaître afin de mettre en place des mesures pour :

| | |
|--|------------|
| - faciliter son autonomie | Précisez : |
| - faciliter sa participation | Précisez : |
| - limiter ou contrôler des situations de désorganisation | Précisez : |

13. Quels sont les forces et les intérêts de l'enfant ?

| |
|--|
| |
|--|

14. Renseignements importants

HORAIRE DE FRÉQUENTATION DE L'ENFANT

L'horaire régulier du camp de jour est de 9 h à 16 h, nous offrons un service de garde de 6h45 à 9h00 et 16h00 à 18h00. Le Programme d'intégration pour les enfants ayant des besoins particuliers permet à votre enfant d'avoir un accompagnement durant l'horaire régulier ainsi que durant la période de service de garde. Toutefois, il se peut que la personne qui accompagne votre enfant ne soit pas la même en tout temps.

15. Périodes de fréquentation de l'enfant au camp de jour

| Semaines | Camp de jour | Service de garde | Heures |
|-----------------------------------|--|--|-----------------------------------|
| Semaine 1 29 juin au 3 juillet | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Arrivée : _____ Départ : _____ |
| Semaine 2 6 au 10 juillet | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Arrivée : _____ Départ : _____ |
| Semaine 3 13 au 17 juillet | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Arrivée : _____ Départ : _____ |
| Semaine 4 20 au 24 juillet | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Arrivée : _____ Départ : _____ |
| Semaine 5 27 au 31 juillet | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Arrivée : _____ Départ : _____ |
| Semaine 6 3 au 7 août | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Arrivée : _____ Départ : _____ |
| Semaine 7 10 au 14 août | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Arrivée : _____ Départ : _____ |
| Journée supp : 17 août | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Arrivée : _____ Départ : _____ |
| Journée supp : 18 août | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Arrivée : _____ Départ : _____ |
| Journée supp : 19 août | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Arrivée : _____ Départ : _____ |
| Journée supp : 20 août | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Arrivée : _____ Départ : _____ |

16. Autorisations et signature du répondant (*Veuillez apposer vos initiales dans la case après chaque affirmation.*)

| | |
|--|--|
| Je reconnais avoir pris connaissance des objectifs du Programme d'intégration pour les enfants ayant des besoins particuliers aux camps de jour. | |
| Je déclare que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont exacts et complets. Dans le cas contraire, la municipalité se réserve le droit de considérer la demande non admissible. | |
| Je confirme que le bien-être de mon enfant a été pleinement considéré au moment de remplir le formulaire. | |
| J'autorise les personnes directement impliquées dans la gestion du Programme d'intégration à échanger des informations entre elles et à contacter les personnes-ressources dont les coordonnées sont mentionnées dans ce formulaire, et ce, afin d'obtenir des renseignements complémentaires. | |
| Je m'engage à informer de ma présente demande les personnes-ressources dont les coordonnées sont mentionnées dans ce formulaire. De plus, je m'engage à les autoriser à fournir des renseignements complémentaires pour permettre l'analyse de ma demande. | |
| Je m'engage à respecter la décision du comité d'évaluation. | |
| Je m'engage à informer le personnel de tout changement pouvant avoir un impact sur la participation et l'autonomie de mon enfant au camp de jour. | |
| Je m'engage à collaborer avec le personnel dès que celui-ci en fait la demande. | |

Ces informations demeureront confidentielles et seules les informations pertinentes seront divulguées à son animateur et son supérieur afin de permettre de meilleures interventions et faire vivre à votre enfant une expérience de camp réussie.

Signature : _____

Date : _____