



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 NON OUI	Si oui, quel est le nom de son école
	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
<i>(si oui, aux lignes suivantes, inscrire les coordonnées du professionnel avec lequel vous avez amorcé des démarches pour établir un diagnostic)</i>		
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"/> Syndrome 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 Habillage (ex. : se vêtir, attacher ses souliers)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hygiène personnelle Précisez :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentation (ex. : repas et collation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise de médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gérer ses effets personnels (ex. : boîte à lunch, sac à dos, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rester avec le groupe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Éviter les situations dangereuses (conscience du danger)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Participation aux activités Stimulation à la participation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interaction avec les adultes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interaction avec les autres enfants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fonctionnement en groupe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Activité de motricité fine (bricolage, manipulations, insertions, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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