

PROGRAMME D'INTÉGRATION DES ENFANTS AYANT DES BESOINS PARTICULIERS EN CAMP DE JOUR



FORMULAIRE D'ÉVALUATION DES BESOINS DE L'ENFANT

Pour que la demande d'accompagnement soit évaluée par le comité, tous les renseignements demandés doivent être fournis par le répondant de l'enfant. Le formulaire doit être transmis à l'organisme offrant le camp de jour le plus rapidement possible. Il est de la responsabilité du répondant de l'enfant de prendre connaissance du programme, notamment des critères d'admissibilité présentés dans la fiche explicative.

1. CHOIX DU CENTRE COMMUNAUTAIRE SOUHAITÉ, veuillez indiquer vos 2 premiers choix (à compléter par le répondant de l'enfant)

Choix #1	Choix #2
----------	----------

2. 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	Téléphone (résidence)
Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Âge en date du 27 juin		Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Nom du parent ou du répondant	Prénom		Lien avec l'enfant
Téléphone (résidence)	Téléphone (cellulaire)	Courriel	
Votre enfant est-il dans une classe régulière <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui			
S'il ne fréquente pas une classe régulière, quel est le ratio d'encadrement de sa classe : intervenant(s)/ enfants			

3. HISTORIQUE D'ACCOMPAGNEMENT

Votre enfant a-t-il fréquenté un camp de jour l'été passé	Si oui, avec quel organisme
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
Bénéficiait-il d'un accompagnement	Si oui, selon quel ratio d'accompagnement (accompagnateur/enfant)
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> 1/1 <input type="checkbox"/> 1/2 <input type="checkbox"/> 1/3 <input type="checkbox"/> Autre :

PROGRAMME D'INTÉGRATION DES ENFANTS AYANT DES BESOINS PARTICULIERS EN CAMP DE JOUR



4. STATUT DU DIAGNOSTIC DE L'ENFANT

Votre enfant at-il un diagnostic ou 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)

5. 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 l'enfant.

*Mon enfant n'est pas suivi par un intervenant

Nom de l'intervenant	Téléphone (incluant le numéro de poste)	Endroit de l'intervention	Types d'intervention
1.			
2.			
3.			

PROGRAMME D'INTÉGRATION DES ENFANTS AYANT DES BESOINS PARTICULIERS EN CAMP DE JOUR



6. NATURE DES LIMITATIONS DE L'ENFANT (veuillez cocher les énoncés qui s'applique à l'enfant et apporter les informations nécessaires)

<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"/> Niveau 1 <input type="checkbox"/> Niveau 2 <input type="checkbox"/> Niveau 3 Précisez :
<input type="checkbox"/> Déficience motrice	<input type="checkbox"/> fine et globale <input type="checkbox"/> globale <input type="checkbox"/> fine
<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)
<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	
<input type="checkbox"/> Syndrome de Gilles de la Tourette	
<input type="checkbox"/> Autre	Précisez :

PROGRAMME D'INTÉGRATION DES ENFANTS AYANT DES BESOINS PARTICULIERS EN CAMP DE JOUR



7. ÉVALUATION DE L'ATTITUDE ET DES COMPORTEMENTS DE L'ENFANT

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

Veuillez cocher le chiffre correspondant aux énoncés suivants: / 5 (Toujours) / 4 (Fréquemment) / 3 (Parfois) / 2 (Rarement) / 1 (Jamais) /

	5	4	3	2	1		5	4	3	2	1
COMPORTEMENTS						COMPORTEMENTS					
Mord	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Crache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Difficulté à déroger de ses routines	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	Difficulté à gérer les imprévus	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	Inconfort tactile (n'aime pas être touché)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilise un langage inapproprié (insulte ou blasphème)	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Opposition aux consignes et aux règles	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
S'éloigne du groupe (fugue)	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>

8. INTERVENTIONS PRIVILÉGIÉES

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

PROGRAMME D'INTÉGRATION DES ENFANTS AYANT DES BESOINS PARTICULIERS EN CAMP DE JOUR



9. ÉVALUATION DU DEGRÉ DE SUPERVISION

Lors des énoncés suivants, l'enfant a besoin :
 Veuillez cocher la case appropriée aux énoncés suivants: 5 (Très autonome) | 4 (Autonome) | 3 (Avec supervision) | 2 (Avec aide) | 1 (Aide en tout temps)

	5	4	3	2	1		5	4	3	2	1
AUTONOMIE						PARTICIPATION AUX ACTIVITÉS					
Habillage (se vêtir, attacher ses souliers)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stimulation à la participation	<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"/>	Interaction avec les adultes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentation (repas et collation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Interactions avec les autres enfants	<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"/>	Fonctionnement en groupe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gérer ses effets personnels (boîte à lunch, sac à dos, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Activité de motricités fine (bricolage, manipulations, insertions, 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"/>	Activité de motricité globale (sports, jeux psychomoteurs, ballons, etc.)	<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"/>	Baignade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DÉPLACEMENT (Si l'enfant se déplace en fauteuil roulant, passez à l'énoncé suivant)						Autres					
Marcher sur de longues distances	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Oui	Non			
Monter et descendre les escaliers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Utilisation d'un fauteuil roulant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
						Utilisation d'une marchette ou autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
						Utilisation d'une canne ou de déquilles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

10. EMPÊCHEMENTS OU LIMITATIONS

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 (9 h à 16 h), sortie à l'extérieur du site de camp, ...)

Non Oui (si oui, précisez) :

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) :

10.2 Existe-t-il une raison qui empêcherait ou limiterait la participation de l'enfant à une activité spéciale/sorties?

Non Oui (si oui, précisez) :

PROGRAMME D'INTÉGRATION DES ENFANTS AYANT DES BESOINS PARTICULIERS EN CAMP DE JOUR



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

Faciliter son autonomie

Précisez :

Faciliter sa participation

Précisez :

Limiter ou contrôler des situations de désorganisation

Précisez :

12. QUELLES SONT LES FORCES ET LES INTÉRÊTS DE L'ENFANT ?

13. L'ÉVALUATION DE L'ANNÉE PRÉCÉDENTE (À remplir par le camp de jour)

Le ratio pour l'enfant était adéquat

Non Oui

Commentaire ou précisions sur le comportement du jeune :

15. DANS QUEL CENTRE CE FORMULAIRE A-T-IL ÉTÉ COMPLÉTÉ?

Centre communautaire de loisir Claude-Nault

Centre communautaire Drummondville-Sud

Centre communautaire St-Pierre

Centre communautaire récréatif St-Jean-Baptiste

Centre communautaire Sintra St-Charles

Centre communautaire Pierre-Lemaire

Centre communautaire St-Joachim

Centre Normand-Léveillé

Reçu et validé par :

Nom : _____

Date : _____

Signature : _____

Ces informations demeureront confidentielles. Elles seront acheminées aux membres du comité d'évaluation des demandes d'accompagnement. De plus, seules les informations pertinentes seront divulguées à son animateur et son supérieur immédiat afin de permettre de meilleures interventions et de faire vivre à votre enfant une expérience de camp réussie.

PROGRAMME D'INTÉGRATION DES ENFANTS AYANT DES BESOINS PARTICULIERS EN CAMP DE JOUR



RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS

HORAIRE DE FRÉQUENTATION DE L'ENFANT

L'horaire régulier du camp de jour est de 9 h à 16 h. Tous les centres offrent un service de surveillance animée (service de garde) avant et après l'horaire régulier.

Le Programme d'intégration pour les enfants ayant des besoins particuliers en camp de jour permet à votre enfant d'avoir un accompagnement durant l'horaire régulier ainsi que durant la surveillance animée. Toutefois, il se peut que la personne qui accompagne votre enfant ne soit pas la même en tout temps.

DÉCISION DU COMITÉ D'ÉVALUATION DES DEMANDES

Il revient au comité d'évaluation des demandes de :

- décider si la demande d'accompagnement est justifiée et si un accompagnement est requis;
- décider du ratio d'accompagnement;
- dans la mesure du possible, d'offrir d'autres modalités d'accommodements lorsque l'accompagnement n'est pas approprié.

AUTORISATIONS ET SIGNATURE DU RÉPONDANT

*** Veuillez apposer vos initiales dans la case après chaque affirmation. ***

Je reconnais avoir pris connaissance des objectifs du <i>Programme d'intégration pour les enfants ayant des besoins particuliers en camps de jour</i> .		
Je déclare que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont <u>exacts et complets</u> . <u>Dans le cas contraire, le comité d'évaluation se réserve le droit de considérer la demande non admissible.</u>		
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.		
Je m'engage et je comprends que je dois compléter l'inscription de mon enfant au camp de jour du centre communautaire souhaité.		
Nom de l'enfant	Signature du répondant	Date
Nom du répondant en lettre majuscules	Lien avec l'enfant	