

Camp de jour de la ville de Saint-Constant

Programme d'accompagnement pour l'intégration des enfants à besoins particuliers

Document réservé à l'usage exclusif de la municipalité

Date : _____

Nom de l'enfant : _____

Nom du parent ou du tuteur à contacter : _____

Téléphone : _____

Adresse courriel : _____

Section remplie par la municipalité

Décision rendue par la municipalité Acceptée Refusée En attente

Demande d'accompagnement : Oui Non N/A

Si oui, l'enfant sera-t-il jumelé? Oui Non N/A

Ratio : _____

Informations additionnelles :

Signature du responsable de la municipalité

**Formulaire d'évaluation des besoins pour l'intégration
des enfants à besoins particuliers
Camp de jour municipal**

Document réservé à l'usage exclusif de la municipalité

Ce formulaire a pour but de connaître et d'évaluer les besoins des enfants désireux de fréquenter le camp de jour offert par la municipalité.

Ce formulaire ne constitue pas une inscription au camp de jour.

1. Identification du participant

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Ville : _____

Téléphone : _____

Sexe : M F X

Âge au 30 juin : _____

Groupe d'âge désiré : 5-6ans 7-8 ans 9-10 ans 11-12 ans

(Celui-ci peut différer de l'âge réel du participant)

Selon les informations que vous possédez actuellement concernant votre emploi de temps, quels seraient vos besoins en termes d'utilisation du service pour la prochaine saison estivale?

| <i>Semaine</i> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | |

Précisions : _____

Nom du parent ou du tuteur : _____

2. Historique scolaire

École fréquentée : _____

Type de classe : _____

Type d'accompagnement dans la classe :

Ratio en classe : _____ Ratio au service de garde : _____

3. Identification des personnes ressources à contacter

Votre enfant est-il suivi ou reçoit-il des services provenant d'établissements scolaires ou d'organismes du réseau de la santé?

Oui Non

Si oui, quelles sont les coordonnées des personnes ressources que nous pouvons contacter au besoin :

Nom : _____

Organisme : _____ Téléphone : _____

4. Besoins de l'enfant

4.1 Diagnostic

- | | |
|--|------------------|
| <input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle | précisez : _____ |
| <input type="checkbox"/> Déficience auditive | précisez : _____ |
| <input type="checkbox"/> Déficience visuelle | précisez : _____ |
| <input type="checkbox"/> Trouble du spectre de l'autisme | précisez : _____ |
| <input type="checkbox"/> Trouble du langage | précisez : _____ |
| <input type="checkbox"/> Trouble de l'opposition | précisez : _____ |
| <input type="checkbox"/> Trouble de l'attachement | précisez : _____ |
| <input type="checkbox"/> Autres | précisez : _____ |

4.2 Problèmes de santé particuliers

Épilepsie Diabète Problème cardiaque Problème respiratoire

4.3 Médication

Votre enfant prend-t-il une médication? Oui Non

Si oui, précisez : (posologie et moment de la prise de médication)

*Il est à noter que la responsabilité de la gestion et de l'administration de médicaments doivent être assumées par le parent de l'enfant, qu'il soit inscrit au camp régulier ou au programme d'accompagnement.

5. Comportements et interventions à privilégier

| Comportement (cochez celui ou ceux correspondant(s)) | Décrivez la nature des comportements ainsi que les contextes dans lesquels ils ont tendance à surgir | Intervention à privilégier |
|--|---|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Opposition | | |
| <input type="checkbox"/> Agressivité envers lui-même | | |
| <input type="checkbox"/> Agressivité envers les autres | | |
| <input type="checkbox"/> Anxiété | | |

| | | |
|--------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Fugue | | |
|--------------------------------|--|--|

6. Degré d'autonomie

| | | Aide constante | Aide occasionnelle | Supervision verbale | Autonomie |
|-----------------------------|--|----------------|--------------------|---------------------|-----------|
| Communication | Communication avec les autres | | | | |
| | Compréhension des consignes | | | | |
| | Se faire comprendre | | | | |
| | Aide à la communication utilisée: <input type="checkbox"/> Pictogrammes <input type="checkbox"/> Ipad <input type="checkbox"/> Langue des signes du Québec (LSQ) <input type="checkbox"/> Gestes <input type="checkbox"/> Mains animées | | | | |
| Participation aux activités | Stimulation à la participation | | | | |
| | Interaction avec les adultes | | | | |
| | Interaction avec les autres enfants | | | | |
| | Fonctionnement en groupe | | | | |
| | Activité de motricité fine (bricolage, manipulations, insertions, etc.) | | | | |
| | Activité de motricité globale (sports, jeux, ballon, etc.) | | | | |
| Quotidien | Habillement (ex. : se vêtir, attacher ses souliers) | | | | |

| | | | | | |
|--------------|--|--|--|--|--|
| | Hygiène personnelle (couches, accompagnement aux toilettes, etc.) | | | | |
| | Alimentation | | | | |
| | Gérer ses effets personnels (ex. : boîte à lunch, sac à dos, etc.) | | | | |
| | Rester avec le groupe | | | | |
| | Éviter les situations dangereuses (conscience du danger) | | | | |
| Déplacements | Courts déplacements / au camp (précisez le niveau d'autonomie) | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Fauteuil manuel | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Fauteuil motorisé | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Poussette adaptée | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Autonome (marche) | | | | |

7. Besoins en accompagnement

Quelles sont, à votre avis, les motifs nécessitant un accompagnement particulier?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Aide à la personne | <input type="checkbox"/> Rappel des consignes |
| <input type="checkbox"/> Stimulation à la participation | <input type="checkbox"/> Problèmes de santé |
| <input type="checkbox"/> Problèmes de comportement | <input type="checkbox"/> Aide à l'orientation |

8. Informations additionnelles

J'atteste que les renseignements transmis dans le présent formulaire sont exacts et correspondent aux besoins réels de mon enfant.

Signature du parent ou du tuteur

Signature du responsable de la municipalité

Date

Date

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT



Par la présente, nous autorisons la municipalité de Saint-Constant à communiquer avec les personnes ressources mentionnées dans le présent formulaire pour tous renseignements nécessaires à l'étude et au suivi de la présente demande d'intégration pour _____.

(Nom de l'enfant)

Il est entendu que tous les renseignements obtenus par le biais de documents ou par le biais de contact avec les intervenants demeureront confidentiels et serviront uniquement dans le cadre de la présente démarche.

Signature du parent ou du tuteur

Date de l'autorisation