



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 du temps, quels seraient vos besoins en termes d'utilisation du service pour la prochaine saison estivale? (Le camp de jour 2024 sera offert du 25 juin au 16 août - fermé le 1^{er} juillet)

Semaine 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

Déficience intellectuelle précisez :

Déficience auditive précisez :

- Déficience visuelle précisez :

- Trouble du spectre de l'autisme précisez :

- Trouble du langage précisez :

- Trouble de l'opposition précisez :

- Trouble de l'attachement précisez :

- 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	Autonome
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 Mains animées				
	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	Habillage (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"/> Problèmes de comportement |
| <input type="checkbox"/> Stimulation à la participation | <input type="checkbox"/> Rappel des consignes |



Problèmes de santé

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