

Décision rendue par la municipalité
Programme d'accompagnement pour l'intégration des enfants handicapés

Document réservé à l'usage exclusif de la municipalité

Date : _____

Nom de l'enfant : _____

Nom du parent ou du tuteur à contacter : _____

Téléphone : _____

Décision rendue par la municipalité **Acceptée** **Refusée**

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 handicapés
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 handicapés désireux de fréquenter le camp de jour offert par la municipalité.

Ce formulaire ne constitue aucunement une inscription au camp de jour

Date : _____

1. a) Identification

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Ville : _____

Téléphone : _____

Masculin Féminin Âge : _____

Nom du parent ou tuteur : _____

Téléphone : _____

b) Identification des personnes ressources à contacter

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

Oui Non N/A

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

Nom : _____ Nom : _____

Organisme : _____ Organisme : _____

Téléphone : _____ Téléphone : _____

2. Type d'incapacité :

Intellectuelle précisez : _____

Physique précisez : _____

Utilisation d'une aide technique

fauteuil roulant marchette béquille autres : _____

Auditive précisez : _____

Visuelle précisez : _____

Trouble envahissant du développement précisez : _____

Trouble du langage et de la parole précisez : _____

Problème de santé mentale précisez : _____

Autres précisez : _____

3. Problèmes de santé particuliers

Aucun

3.1 Allergies : _____

3.2 épilepsie diabète problème cardiaque problème respiratoire

autres précisez : _____

3.3 Médication : **Oui** **Non**

Si oui, précisez :

4. Comportements

La personne éprouve-t-elle des difficultés comportementales Oui Non

Si oui, précisez la nature des difficultés

agressivité envers elle-même agressivité envers les autres fugue

opposition occasionnelle opposition régulière

autres précisez : _____

Quelles sont les interventions préconisées lorsque la ou les difficultés comportementales se manifestent :

5. Autonomie de la personne ayant des incapacités

5.1 Communication

Langage utilisé : verbal gestuel non verbal appareil de communication

Précisez le type de communication (si non verbale) :

5.2 Compréhension des consignes

La personne comprend : facilement difficilement pas du tout

La personne se fait comprendre : facilement difficilement pas du tout

Informations additionnelles :

5.3 Aide à apporter à la personne

Aucun

La personne a-t-elle besoin d'aide pour :

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> préparer ses aliments | <input type="checkbox"/> manger | <input type="checkbox"/> se déplacer à l'intérieur |
| <input type="checkbox"/> se vêtir | <input type="checkbox"/> se dévêtir | <input type="checkbox"/> se déplacer à l'extérieur |
| <input type="checkbox"/> soins personnels | <input type="checkbox"/> aller à la toilette | <input type="checkbox"/> changement de couche |
| <input type="checkbox"/> boire | <input type="checkbox"/> Autres (précisez) : _____ | |

6. 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"/> aide à l'orientation |
| <input type="checkbox"/> stimulation à la participation | <input type="checkbox"/> problèmes de santé | |
| <input type="checkbox"/> problèmes de comportement | | |

6.1 Réseau scolaire

La personne a-t-elle besoin d'un accompagnateur à l'école ?

Oui

Non

La personne est-elle en classe régulière ?

Oui

Non

7. 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

Les parents ou tuteurs peuvent annexer tous documents jugés pertinents afin d'aider la municipalité à mieux connaître la situation de l'enfant

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 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 tuteur

Date de l'autorisation