

FORMULAIRE D'ÉVALUATION DES BESOINS DE L'ENFANT

Programme d'intégration pour les enfants ayant des besoins particuliers au camp de jour

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 la Ville de Donnacona le **11 avril 2025 au plus tard**. Il est de la responsabilité du responsable de l'enfant de prendre connaissance du Programme d'intégration pour les ayant des besoins particuliers au camp de jour, notamment des critères d'admissibilité (lieu de résidence, âge, etc.).

1. Renseignements sur l'identité de l'enfant et son responsable

Nom de l'enfant		Prénom	
Adresse principale (numéro, rue, appartement)			
Ville	Province	Code postal	Téléphone (résidence)
Date de naissance (aaaa-mm-jj)		Âge (au 28 juin)	Sexe ☐ F ☐ M
1- Nom du parent ou du responsable	Prénom		Lien avec l'enfant
2- Nom du parent ou du responsable	Prénom		Lien avec l'enfant
Téléphone (résidence)	Téléphone (cellulaire)		Courriel
L'enfant habite avec ☐ Ses deux parents ☐ Papa ☐ Maman ☐ Autre (précisez) :			
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 ☐ Non ☐ Oui	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 camp
Bénéficiait-il d'un accompagnement ☐ Non ☐ Oui	Si oui, selon quel ratio d'accompagnement (animateur/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 (si oui, aux lignes suivantes, inscrire les coordonnées du professionnel avec lequel vous avez amorcé des démarches pour établir un diagnostic)

Nom du professionnel	Organisation
Titre du professionnel	Téléphone (incluant le numéro du poste)

Votre enfant a-t-il **reçu** un diagnostic
☐ Non ☐ Oui

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)	CRDIQ	IRD PQ	CIUSSS Capitale- Nationale	École (précisez)	Autre (précisez)
Nom du professionnel	☐	☐	☐		
Titre					
Téléphone (incluant le numéro du poste)					
Nom du professionnel	☐	☐	☐		
Titre					
Téléphone (incluant le numéro du poste)					

☐ Mon enfant n'est suivi par aucun intervenant

5. Nature des limitations de l'enfant

☐ Déficience intellectuelle	☐ Légère	☐ Moyenne	☐ Sévère	☐ Profonde
Précisez :				
☐ Trouble du spectre autistique (TSA)	Niveau de sévérité : Niveau 1 = nécessite de l'aide Niveau 2 = nécessite de l'aide importante Niveau 3 = nécessite de l'aide très importante		Communication sociale ☐ Niveau 1 ☐ Niveau 2 ☐ Niveau 3	Comportements restreints/répétitifs ☐ Niveau 1 ☐ Niveau 2 ☐ Niveau 3
☐ Déficience motrice	☐ Fine et global		☐ Globale	☐ Fine
Précisez :				
☐ Déficience visuelle	Précisez :			
☐ Déficience auditive	Précisez :			
☐ Trouble du langage et de la parole	☐ Compréhension		☐ Expression	☐ Mixte
Précisez :				
☐ Trouble déficitaire de l'attention	☐ Prédominance inattention	☐ Prédominance hyperactivité	☐ Mixte (inattention/hyper-activité)	
Précisez :				
☐ Trouble de la santé mentale	Précisez :			
☐ Trouble du comportement	☐ Opposition	☐ Anxiété	☐ Agressivité	☐ Passivité
☐ Santé particulière (ex. : allergies sévères, épilepsie, diabète)	Précisez :			
☐ Peurs, phobies importantes	Précisez :			
☐ 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	☐	☐	☐	☐
Crache	☐	☐	☐	☐
Frappe	☐	☐	☐	☐
Bouscule	☐	☐	☐	☐
Crie	☐	☐	☐	☐
Utilise un langage inapproprié (insulte ou blasphème)	☐	☐	☐	☐
Opposition aux consignes et aux règles	☐	☐	☐	☐
S'éloigne du groupe (fugue)	☐	☐	☐	☐
Brise le matériel	☐	☐	☐	☐
Intolérance au bruit	☐	☐	☐	☐
Éveil sexuel	☐	☐	☐	☐
Difficulté avec les transitions d'activités	☐	☐	☐	☐
Difficulté à gérer les situations imprévues	☐	☐	☐	☐
Difficulté à déroger de ses routines ou rituels	☐	☐	☐	☐
Inconfort tactile (n'aime pas être touché)	☐	☐	☐	☐
Fatigue excessive après un effort jugé normal pour un enfant de son âge	☐	☐	☐	☐

7. Interventions privilégiées

De quelle façon doit-on intervenir en présence de l'un de ces comportement (recommandations d'un professionnel) ?

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					
Habillement (Ex. : se vêtir, attacher ses souliers)	☐	☐	☐	☐	☐
Hygiène personnelle (Ex : aller à la salle de bain) Précisez :	☐	☐	☐	☐	☐
Alimentation (ex. : repas, collation)	☐	☐	☐	☐	☐
Prise de médicaments	☐	☐	☐	☐	☐
Gérer ses effets personnels (Ex. : boîte à lunch, sac à dos, etc.)	☐	☐	☐	☐	☐
Rester avec le groupe	☐	☐	☐	☐	☐
Éviter les situations dangereuses (conscience du danger)	☐	☐	☐	☐	☐
2. 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 psychomoteurs, ballon, etc.)	☐	☐	☐	☐	☐
Baignade	☐	☐	☐	☐	☐
3. Communication					
Compréhension des consignes	☐	☐	☐	☐	☐
Se faire comprendre	☐	☐	☐	☐	☐
4. Déplacement (Si l'enfant se déplace en fauteuil roulant, passez à la question suivante)					
Marche en terrain accidenté	☐	☐	☐	☐	☐
Marche sur de longues distances	☐	☐	☐	☐	☐
Escaliers	☐	☐	☐	☐	☐
Autobus	☐	☐	☐	☐	☐

9. 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	☐	☐	
Utilisation d'une marchette	☐	☐	
Utilisation d'une canne ou de béquilles	☐	☐	
6. Aide à la communication			
Utilisation de pictogrammes, tableau, ordinateur	☐	☐	
Langage des signes	☐	☐	
Gestes	☐	☐	

10. 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, etc.) ?

☐ Non ☐ Oui (si oui, précisez :)

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. Participation de l'enfant à d'autres activités de loisir pendant l'année

Votre enfant participe-t-il à d'autres activités de loisir pendant la période des mois de septembre à mai ?

☐ Non ☐ Oui

Précisez :

Durant ces activités, bénéficiait-il d'un accompagnement ☐ Non ☐ Oui	Si oui, selon quel ratio d'accompagnement (animateur/enfant) ☐ 1/1 ☐ 1/2 ☐ 1/3 ☐ Autre :
---	---

14. HORAIRE DE FRÉQUENTATION DE L'ENFANT

L'horaire régulier du camp de jour est de 9 h à 16 h. Le camp de jour offre un service de garde avant et après l'horaire régulier.

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 le service de garde. L'horaire du personnel estival ne pourra excéder 40 heures par semaine. Toutefois, une entente particulière pourrait être prise selon la disponibilité de chaque accompagnateur désigné. Il se peut donc que la personne qui accompagne votre enfant ne soit pas la même en tout temps.

Veuillez remplir la grille horaire des périodes de fréquentation afin que celle-ci se colle le plus possible à vos besoins réels.

Grille horaire des périodes de fréquentation de l'enfant au camp de jour

CHOIX DES SEMAINES		Combien de jours par semaine ?
Semaine 1 (23 au 27 juin) <i>Férié le 24 juin</i>	☐	
Semaine 2 (30 juin au 4 juillet) <i>Férié le 30 juin</i>	☐	
Semaine 3 (7 au 11 juillet)	☐	
Semaine 4 (14 au 18 juillet)	☐	
Semaine 5 (21 au 25 juillet)	☐	
Semaine 6 (28 juillet au 1 août)	☐	
Semaine 7 (4 au 8 août)	☐	
Semaine 8 (11 au 15 août)	☐	

Si votre demande requiert plus de 40 heures, veuillez spécifier les plages horaires supplémentaires requises :

IMPORTANT

DÉCISION DU COMITÉ D'ANALYSE DES DEMANDES

- Il revient au comité d'analyse 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.

15. Autorisations et signature du répondant		Initiales
*** 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 au camp de jour.		
Je déclare que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont exacts et complets. Dans le cas contraire, le comité d'évaluation 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.		

Signature

Date

Nom en lettre majuscules

Lien avec l'enfant