

FORMULAIRE D'ÉVALUATION DES BESOINS DE L'ENFANT

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

1. Renseignements sur l'identité de l'enfant et de 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 de l'année en cours)	Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> 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 (cellulaire 1)	Téléphone (cellulaire 2)	Courriel	
L'enfant habite avec <input type="checkbox"/> Ses deux parents <input type="checkbox"/> Papa <input type="checkbox"/> Maman <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :			
L'enfant fréquente présentement l'école <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		Si oui, quel est le nom de son école	
Si oui, 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	

2. Historique d'accompagnement

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

3. Statut du diagnostic de l'enfant

Votre enfant est-il <u>en attente</u> d'un diagnostic <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 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 <u>reçu</u> un diagnostic <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	

4. Ressources de l'enfant (enseignant, intervenant, psychologue, éducateur spécialisé, travailleur social, etc.)

La section suivante est primordiale au bon déroulement de l'intégration de l'enfant au camp de jour. Il est important d'inscrire **le nom et les coordonnées** complètes des intervenants qui suivent **PRÉSENTEMENT** votre enfant. Les professionnels seront invités à partager des informations sur les besoins de l'enfant afin de pouvoir mieux y répondre au camp de jour.

Intervenant(s)	CRDIQ	IRD PQ	CIUSSS Capitale-Nationale	École (précisez)	Autre (précisez)
Nom du professionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Titre					
Téléphone (incluant le numéro du poste)					
Courriel					
Nom du professionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Titre					
Téléphone (incluant le numéro du poste)					
Courriel					
<input type="checkbox"/> Mon enfant n'est suivi par aucun intervenant					

5. Nature des limitations de l'enfant

<input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle	<input type="checkbox"/> Légère	<input type="checkbox"/> Moyenne	<input type="checkbox"/> Sévère	<input type="checkbox"/> Profonde
	Précisez :			
<input type="checkbox"/> Trouble du spectre autistique (TSA)	Niveau de sévérité : Niveau 1 = nécessite de l'aide importante Niveau 2 = nécessite de l'aide importante Niveau 3 = nécessite de l'aide très importante		Communication sociale <input type="checkbox"/> Niveau 1 <input type="checkbox"/> Niveau 2 <input type="checkbox"/> Niveau 3	Comportements restreints/répétitifs <input type="checkbox"/> Niveau 1 <input type="checkbox"/> Niveau 2 <input type="checkbox"/> Niveau 3
<input type="checkbox"/> Déficience motrice	<input type="checkbox"/> Fine et globale	<input type="checkbox"/> Globale	<input type="checkbox"/> Fine	
	Précisez :			
<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	
	Précisez :			
<input type="checkbox"/> Trouble déficitaire de l'attention	<input type="checkbox"/> Prédominance inattention	<input type="checkbox"/> Prédominance hyperactivité	<input type="checkbox"/> Mixte (inattention/hyperactivité)	
	Précisez :			
<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"/> 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	<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"/>
Frappe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bouscule	<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"/>
Utilise un langage inapproprié (insulte ou blasphème)	<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"/>
S'éloigne du groupe (fugue)	<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"/>
Intolérance au bruit	<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"/>
Difficulté avec les transitions d'activités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficulté à gérer les situations imprévues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficulté à déroger de ses routines ou rituels	<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"/>
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"/>

7. Interventions privilégiées (recommandations d'un professionnel)

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

Quelles interventions préventives peuvent être mises en place au quotidien ?

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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hygiène personnelle (ex. : aller à la salle de bain) Précisez :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentation (ex. : repas, collation)	<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"/>
Gérer ses effets personnels (ex. : boîte à lunch, sac à dos, 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"/>
Éviter les situations dangereuses (conscience du danger)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Participation aux activités					
Stimulation à la participation	<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"/>
Interaction avec les autres enfants	<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"/>
Activité de motricité fine (bricolage, manipulations, insertions, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Activité de motricité globale (sports, jeux psychomoteurs, ballon, etc.)	<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"/>
3. Communication					
Compréhension des consignes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se faire comprendre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Déplacement (si l'enfant se déplace en fauteuil roulant, passez à la question suivante)					
Marche en terrain accidenté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marche sur de longues distances	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escaliers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autobus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Utilisation d'une marchette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Utilisation d'une canne ou de béquilles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Aide à la communication			
Utilisation de pictogrammes, tableau, ordinateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Langage des signes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gestes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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 (9 h à 16 h), 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 :

Limitier ou contrôler des situations de désorganisation Précisez :

12. Quels 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 loisirs pendant la période de septembre à mai ? Précisez :

Non Oui

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.

Veillez remplir la grille horaire des périodes de fréquentation afin que celle-ci représente le plus possible 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 (22 au 26 juin) <i>Férialé le 24 juin</i>	<input type="checkbox"/>	
Semaine 2 (29 juin au 3 juillet) <i>Férialé le 1^{er} juillet</i>	<input type="checkbox"/>	
Semaine 3 (6 au 10 juillet)	<input type="checkbox"/>	
Semaine 4 (13 au 17 juillet)	<input type="checkbox"/>	
Semaine 5 (20 au 24 juillet)	<input type="checkbox"/>	
Semaine 6 (27 au 31 juillet)	<input type="checkbox"/>	
Semaine 7 (3 au 7 août)	<input type="checkbox"/>	
Semaine 8 (10 au 14 août)	<input type="checkbox"/>	

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 lettres majuscules

Lien avec l'enfant