



FORMULAIRE D'ÉVALUATION DES BESOINS DE L'ENFANT

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 Municipalité de Saint-Ferréol-les-Neiges **le 15 avril au plus tard**.

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

Nom de l'enfant		Prénom	
Adresse principale (numéro, rue, appartement)			
Ville	Province QC	Code postal	Téléphone (résidence)
Date de naissance (aaaa-mm-jj)		Âge (au 24 juin) ans	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 (résidence)	Téléphone (cellulaire)		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	
Bénéficiait-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 en attente d'un diagnostic

Non Oui

(si oui, aux lignes suivantes, inscrire les coordonnées du professionnel avec lequel vous avez amorcé les 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. Si votre enfant est suivi par un intervenant qui travaille pour toute autre organisation que celles dont les cases sont grises, faire remplir **l'annexe 1** par l'intervenant.

Intervenant(s)	CRDIQ	IRDPPQ	CIUSS Capitale Nationale	École (précisez)	Autre (précisez)
Nom du professionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Titre					
Téléphone (incluant le poste)					
Nom du professionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Titre					
Téléphone (incluant le poste)					

Mon enfant n'est pas 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
	Précisez :		
<input type="checkbox"/> Trouble du spectre autistique (TSA)	<input type="checkbox"/> autisme léger <input type="checkbox"/> Autisme de haut niveau <input type="checkbox"/> Asperger <input type="checkbox"/> TED non spécifié	<input type="checkbox"/> autisme moyen	<input type="checkbox"/> autisme sévère
	Précisez :		
<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"/> sans hyperactivité (TDA)	<input type="checkbox"/> avec hyperactivité (TDAH)	
	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

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

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"/>				
Hygiène personnelle Précisez :	<input type="checkbox"/>				
Alimentation (ex. : repas et collation)	<input type="checkbox"/>				
Prise de médicaments	<input type="checkbox"/>				
Gérer ses effets personnels (ex. : boîte à lunch, sac à dos, etc.)	<input type="checkbox"/>				
Rester avec le groupe	<input type="checkbox"/>				
Éviter les situations dangereuses (conscience du danger)	<input type="checkbox"/>				
2. Participation aux activités					
Stimulation à la participation	<input type="checkbox"/>				
Interaction avec les adultes	<input type="checkbox"/>				
Interaction avec les autres enfants	<input type="checkbox"/>				
Fonctionnement en groupe	<input type="checkbox"/>				
Activité de motricité fine (bricolage, manipulations, insertions, etc.)	<input type="checkbox"/>				
Activité de motricité globale (sports, jeux psychomoteurs, ballon, etc.)	<input type="checkbox"/>				
Baignade	<input type="checkbox"/>				
3. Communication					
Compréhension des consignes	<input type="checkbox"/>				
Se faire comprendre	<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"/>				
Marche sur de longues distances	<input type="checkbox"/>				
Escaliers	<input type="checkbox"/>				
Autobus	<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, ...)?

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? 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 surveillance animée (service de garde) avant et après l'horaire régulier.

L'intégration pour les enfants ayant des besoins particuliers permet à votre enfant d'avoir un accompagnement durant l'horaire régulier et possiblement lors des périodes du service de garde, selon la disponibilité des ressources humaines. Il se peut 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 se colle le plus possible à vos besoins réels.

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

SEMAINE 1	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	TOTAL DE LA SEMAINE
Heure d'arrivée	h	h	h	h	h	
Heure de départ	h	h	h	h	h	h

Si les périodes de fréquentation inscrites pour la semaine 1 sont les mêmes pour tout l'été, ne rien inscrire pour les autres semaines.

SEMAINE 2	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	TOTAL DE LA SEMAINE
Heure d'arrivée	h	h	h	h	h	
Heure de départ	h	h	h	h	h	h

SEMAINE 3	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	TOTAL DE LA SEMAINE
Heure d'arrivée	h	h	h	h	h	
Heure de départ	h	h	h	h	h	h

SEMAINE 4	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	TOTAL DE LA SEMAINE
Heure d'arrivée	h	h	h	h	h	
Heure de départ	h	h	h	h	h	h

SEMAINE 5	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	TOTAL DE LA SEMAINE
Heure d'arrivée	h	h	h	h	h	
Heure de départ	h	h	h	h	h	h

SEMAINE 6	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	TOTAL DE LA SEMAINE
Heure d'arrivée	h	h	h	h	h	
Heure de départ	h	h	h	h	h	h

SEMAINE 7	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	TOTAL DE LA SEMAINE
Heure d'arrivée	h	h	h	h	h	
Heure de départ	h	h	h	h	h	h

Si votre demande requiert plus de 40 heures, veuillez spécifier ici 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

*** Veuillez apposer vos initiales dans la case, après chaque affirmation. ***

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

**Collecte de données à compléter par les personnes ressources identifiées à la section 4 du
FORMULAIRE D'ÉVALUATION DES BESOINS DE L'ENFANT**

Objectif de la collecte de données

Au moment de réaliser une demande d'intégration pour les enfants ayant des besoins particuliers au camp de jour, le responsable de l'enfant a rempli un formulaire contenant plusieurs renseignements sur les besoins de l'enfant. Votre expertise est essentielle afin de savoir si l'intégration au camp de jour, selon le programme qui est proposé, est l'alternative estivale qui convient à l'enfant.

1. Identification de l'enfant

Nom de l'enfant

2. Capacité de l'enfant à participer à une journée type de camp de jour

ACTIVITÉS	Capacité de l'enfant à participer à l'activité			OUTILS / INTERVENTIONS À PRIVILIGIER
	Avec facilité	Avec difficulté	Aucune	
Rassemblement (grande foule, beaucoup de bruit, musique forte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Déplacements (suivre un groupe, faire un rang, marcher plusieurs minutes, terrain pouvant être accidenté)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Communications (expression de ses besoins et de ses émotions, gestion de relations avec les pairs et les adultes, communication verbale ou non-verbale, utilisation d'outils ou de signes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Jeux structurés (compréhension des règles du jeu, respect de consignes, attendre son tour, se concentrer pour pratiquer une activité durant 15 à 45 min. selon l'âge)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Jeux sportifs (gérer l'esprit de compétition, respecter les consignes, motricité globale)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bricolages (suivre un modèle, motricité fine, utiliser du matériel spécialisé – ciseau, colle, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Repas (demeurer assis au sol ou sur une table de pique-nique, autonomie, gestion de sa boîte à lunch : je mange quoi et dans quel ordre?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Piscine (se changer de vêtements, piscine bondée, éclaboussures, beaucoup de bruit, gestion des objets personnelles)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sorties (prendre l'autobus, visiter un nouvel environnement, bruit, changement de la routine)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Quotidien au camp de jour (bouleversement à l'horaire, changement de moniteur ou d'accompagnateur, intégration dans un groupe de 10 à 20 enfants)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Désorganisation	Comportements observables :		Interventions à faire :	

3. Recommandations

Le camp de jour est le service estival qui convient à l'enfant.

Si oui :

- une aide ponctuelle sans accompagnement serait suffisante :

- l'enfant doit obtenir un accompagnement selon le ratio suivant :

- l'accompagnement idéal serait réalisé par :

- l'enfant peut intégrer un groupe de :

Non Oui

Non Oui

1/1 1/2 1/3 Autre :

une femme un homme

sans importance

son âge plus jeune

plus vieux

4. Commentaires pour soutenir vos recommandations (utiliser le verso au besoin)

5. Intervenant

Nom

Signature

Téléphone