|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ÉTÉ 2023 | | | | | | | Administration | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | Demande reçue le : | | | | | | | | | |  | | | | | |
| Ratio : | | | | |  | | | | | | Groupe : | |  | | |
| Inscription au camp de jour reçue : | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fiche santé reçue : | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Renseignements sur l’enfant | | | | | |  | | 2. Renseignements sur le parent/tuteur | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | Mère | | | | | | Père | | | | | Tuteur légal | | | |
| Prénom : | | | | | |  | | Prénom : | | | | | | | | | | | | | | |
| Nom : | | | | | |  | | Nom : | | | | | | | | | | | | | | |
| Date de naissance : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. | | | | | |  | | Adresse : | | | | | | | | | | | | | | |
| Âge au 30 septembre : | | | | | |  | | Téléphone résidentiel : | | | | | | | | | | | | | | |
| Genre : | | | | | |  | | Téléphone au travail :       Poste | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | Téléphone cellulaire : | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | Courriel : | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. Fréquentation (besoin) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Semaines** | | | | | **Camp de jour :  9 h à 15 h 30** | | | | | | | | | | **Service de garde :  7 h à 9 h et de 15 h 30 à 17 h 30** | | | | | | | |
| **Semaine 1** : 26 au 30 juin | | | | | Oui : | | | | | | | | | | Matin :  Après-midi : | | | | | | | |
| **Semaine 2** : 3 au 7 juillet | | | | | Oui : | | | | | | | | | | Matin :  Après-midi : | | | | | | | |
| **Semaine 3** : 10 au 14 juillet | | | | | Oui : | | | | | | | | | | Matin :  Après-midi : | | | | | | | |
| **Semaine 4** : 17 au 21 juillet | | | | | Oui : | | | | | | | | | | Matin :  Après-midi : | | | | | | | |
| **Semaine 5** : 24 au 28 juillet | | | | | Oui : | | | | | | | | | | Matin :  Après-midi : | | | | | | | |
| **Semaine 6** : 31 juillet au 4 août | | | | | Oui : | | | | | | | | | | Matin :  Après-midi : | | | | | | | |
| **Semaine 7** : 7 au 11 août | | | | | Oui : | | | | | | | | | | Matin :  Après-midi : | | | | | | | |
| **Semaine 8** : 14 au 18 août | | | | | Oui : | | | | | | | | | | Matin :  Après-midi : | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| À ce moment-ci de l’année nous ne connaissons pas encore les sorties et ni les activités spéciales qui seront offertes aux enfants qui fréquenteront le camp de jour cet été. Est-ce que votre enfant participerait à des sorties telles que : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Parc d’amusement extérieur  Plage et piscine  Ferme éducative style Zoo  Expo Saint-Hyacinthe  Parc les Salines  Cinéma  Centre d’amusement intérieur  Autres sorties auxquelles il aimerait participer : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. Portrait de l’enfant | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Pour assurer un accompagnement adéquat, il est important que cette section soit complétée de façon à représenter le plus fidèlement possible les besoins de l’enfant. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Type d’incapacité de l’enfant** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Auditive, précisez : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Motrice, précisez (globale, fine, etc.) : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Intellectuelle, précisez (légère, moyenne, sévère) : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Trouble du spectre de l’autisme, précisez : (asperger, haut niveau, etc ) : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Visuelle, précisez : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Langage, précisez (dyslexie, dysphasie, etc.) : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Trouble déficitaire de l’attention, précisez (avec ou sans hyperactivité) : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Trouble de santé mentale, précisez : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Trouble envahissant du développement, précisez : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Trouble du comportement, précisez : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Autre incapacité, précisez : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Problème de santé particulier** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Votre enfant a-t-il des problèmes de santé supposant une intervention particulière de l’accompagnateur ?  Non  Oui, merci d’indiquer la nature des problèmes de santé de votre enfant. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Diabète Épilepsie  Allergie sévère  Problème respiratoire grave  Problème cardiaque  Autre : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Quel est le niveau de compréhension et de communication de l’enfant ?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Au niveau de la compréhension, il comprend :  Facilement  Bien, avec attention  Difficilement | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Au niveau de la communication | | Pour communiquer, il :  Parle  Utilise un langage non verbal  Utilise des pictogrammes | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Il se fait comprendre :  Facilement  Bien (mais nous devons porter attention)  Difficilement | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Est-ce que votre enfant utilise un appareil de communication ?  Oui  Non | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Si oui, précisez : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **À quelle fréquence les comportements suivants sont-ils observés chez l’enfant ?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Comportement** | | | | | | | | | **Tous les jours** | | | | **Régulièrement** | | | | | | **Rarement** | | **Jamais** | |
| Agressivité envers autrui (frappe, pousse, etc.) | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | |  | |
| Agressivité envers lui-même (se frappe) | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | |  | |
| Brise le matériel | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | |  | |
| Crache | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | |  | |
| Crie ou hurle | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | |  | |
| Est influencé par les autres | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | |  | |
| Fabule (invente des histoires) | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | |  | |
| Fatigue | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | |  | |
| Fugue | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | |  | |
| Intolérance aux bruits | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | |  | |
| **Comportement** | | | | | | | | | **Tous les jours** | | | | **Régulièrement** | | | | | | **Rarement** | | **Jamais** | |
| Lance des objets | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | |  | |
| Ment | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | |  | |
| Mord | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | |  | |
| N’écoute pas les consignes et les règles | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | |  | |
| Pousse les autres | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | |  | |
| Réaction négative aux changements d’activités | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | |  | |
| Réaction négative aux imprévus et stimuli | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | |  | |
| S’isole des autres | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | |  | |
| Se cache | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | |  | |
| Se fâche | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | |  | |
| Tire les cheveux | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | |  | |
| Utilise un langage inapproprié | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Quelles sont les interventions que l’accompagnateur doit privilégier lors de ces comportements ?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Exemple : rappel des consignes, stimulation par la participation, horaire et gestion du temps, récompenses, pictogrammes, etc. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Désorganisation** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Est-ce que l’enfant peut se désorganiser ?  Oui  Non | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Quels sont les signes précurseurs : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Comment l’accompagnateur devrait-il intervenir : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **L’accompagnateur devra soutenir et aider l’enfant à quelle fréquence dans les situations suivantes ?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Situation** | | | | | | | | | | | **Aide en tout temps** | | | | | **Aide de façon ponctuelle** | | | **Aide verbale seulement** | | **Aucune aide nécessaire** | |
| **Participation et intégration** | Participer aux activités aquatiques | | | | | | | | | |  | | | | |  | | |  | |  | |
| Participer aux activités nécessitant la motricité globale | | | | | | | | | |  | | | | |  | | |  | |  | |
| Participer aux activités nécessitant la motricité fine | | | | | | | | | |  | | | | |  | | |  | |  | |
| Attraper un ballon | | | | | | | | | |  | | | | |  | | |  | |  | |
| Comprendre les consignes | | | | | | | | | |  | | | | |  | | |  | |  | |
| Courir pendant une certaine période | | | | | | | | | |  | | | | |  | | |  | |  | |
| **Situation** | | | | | | | | | | | **Aide en tout temps** | | | | | **Aide de façon ponctuelle** | | | **Aide verbale seulement** | | **Aucune aide nécessaire** | |
| **Participation et intégration** | Être dans une foule | | | | | | | | | |  | | | | |  | | |  | |  | |
| Interagir avec les autres enfants | | | | | | | | | |  | | | | |  | | |  | |  | |
| Interagir avec les animateurs | | | | | | | | | |  | | | | |  | | |  | |  | |
| Jouer à des jeux d’équipe | | | | | | | | | |  | | | | |  | | |  | |  | |
| Participer aux grands rassemblements | | | | | | | | | |  | | | | |  | | |  | |  | |
| S’intégrer dans un groupe | | | | | | | | | |  | | | | |  | | |  | |  | |
| Se placer en rang, suivre le groupe | | | | | | | | | |  | | | | |  | | |  | |  | |
| **Autonomie et sécurité** | S’habiller | | | | | | | | | |  | | | | |  | | |  | |  | |
| Gérer ses effets personnels | | | | | | | | | |  | | | | |  | | |  | |  | |
| Aller aux toilettes (essuyer) | | | | | | | | | |  | | | | |  | | |  | |  | |
| Changer sa protection (couche, pull-ups) | | | | | | | | | |  | | | | |  | | |  | |  | |
| Effectuer ses soins personnels (laver les mains, visage) | | | | | | | | | |  | | | | |  | | |  | |  | |
| Éviter de se mettre en situation de danger | | | | | | | | | |  | | | | |  | | |  | |  | |
| Boire | | | | | | | | | |  | | | | |  | | |  | |  | |
| S’alimenter | | | | | | | | | |  | | | | |  | | |  | |  | |
| Votre enfant a-t-il une diète spéciale ?  Non  Oui, précisez : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Déplacements** | Marcher sur une surface accidentée | | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | |  |
| Marcher sur de longue distance | | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | |  |
| Monter et descendre les escaliers | | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | |  |
| Se déplacer à l’intérieur | | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | |  |
| Se déplacer à l’extérieur | | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | |  |
| Traverser une rue | | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | |  |
| Prendre l’autobus | | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | |  |
| Est-ce que l’enfant utilise :  Fauteuil roulant  Déambulateur  Canne ou bâton de marche  Autre : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Est-ce que l’enfant a besoin de soutien pour leur utilisation :  Fauteuil roulant  Déambulateur | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Informations complémentaires pour faciliter l’intégration de l’enfant au camp de jour** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Quelles sont les passions/ses centres d’intérêts de l’enfant :** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Quelles sont les activités qu’il n’aime pas :** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Description de l’enfant et informations supplémentaires :** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. Besoins en accompagnement | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Est-il possible de jumeler l’enfant avec un autre jeune ? | | | | | | | | | Oui  Non | | | | | | | | | | | | | |
| Ratio recommandé dans un CONTEXTE DE LOISIRS ET NON SCOLAIRE (bouge beaucoup, sorties, etc.) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 pour 1 | | | | L’enfant ne peut pas être jumelé avec un autre. Ses besoins nécessitent que l’accompagnateur soit en soutien constant. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 pour 2 | | | | L’enfant peut être jumelé avec un autre enfant. L’accompagnateur doit apporter un soutien continuel, mais peut partager son temps entre les deux. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 pour 3 | | | | L’enfant a besoin d’une surveillance et d’un encadrement dans les activités du camp de jour pour bien s’intégrer. Il peut être jumelé avec deux autres enfants. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Intégration dans un groupe | | | | L’enfant a besoin d’une surveillance et d’un encadrement dans les activités pour bien s’intégrer. Il peut être intégré dans un groupe régulier avec un animateur supplémentaire pour s’assurer qu’il a bien compris les consignes, etc. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Commentaires sur les besoins en accompagnement de l’enfant : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Selon vous, dans quel groupe d’âge l’enfant doit-il être intégré afin que les activités soient adaptées à ses capacités et lui permettent une intégration réussie ?  5-6 ans  7-8 ans  9-10 ans  11-12 ans | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. Ressources œuvrant auprès de l’enfant | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Services actuels : Santé et réadaptation | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Première ressource** | Nom et prénom du professionnel : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Coordonnées téléphoniques :       Poste : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Adresse courriel : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Titre : | Intervenant  Psychologue  Éducateur spécialisé  Médecin  Travailleur social  Autre, spécifiez : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Organisation : | | CISSS de la Montérégie-Est/CLSC des Maskoutains (volet psychosocial, psychoéducateur, éducateur)  CISSS de la Montérégie-Ouest/Centre montérégien de réadaptation – Saint-Hyacinthe  CISSS de la Montérégie-Ouest/ Programmes de déficience intellectuelle, trouble du spectre de l’autisme et déficience physique (anciennement CRDITED)  CISSS de la Montérégie-Centre/Institut Nazareth et Louis-Braille  Autre, spécifiez : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Deuxième ressource** | Nom et prénom du professionnel : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Coordonnées téléphoniques :       Poste : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Adresse courriel : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Titre : | Intervenant  Psychologue  Éducateur spécialisé  Médecin  Travailleur social  Autre, spécifiez : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Organisation : | | CISSS de la Montérégie-Est/CLSC des Maskoutains (volet psychosocial, psychoéducateur, éducateur)  CISSS de la Montérégie-Ouest/Centre montérégien de réadaptation – Saint-Hyacinthe  CISSS de la Montérégie-Ouest/ Programmes de déficience intellectuelle, trouble du spectre de l’autisme et déficience physique (anciennement CRDITED)  CISSS de la Montérégie-Centre/Institut Nazareth et Louis-Braille  Autre, spécifiez : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Services actuels : Scolaire | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nom de l’école : | | | | | | | | | | Téléphone : | | | | | | | | | | | | |
| Directeur de l’école : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Professionnels ou intervenants du service des ressources éducatives : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Autres : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Identification des renseignements pouvant être communiqués et transmis** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Plan d’intervention adapté  Renseignements sur les besoins d’encadrement de votre enfant  Renseignements concernant sa routine  Renseignements sur son comportement social lorsqu’il est en groupe lors d’activités | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **7. Autorisations et signature de la personne complétant la demande.**  **Apposez vos initiales à la fin de chaque affirmation dans la case prévue à cet effet.** | |
| **Affirmation** | **Initiales** |
| J’ai pris connaissance des modalités et fonctionnement du programme d’accompagnement en lisant le document *Programme pour l’intégration des enfants à besoins particuliers du camp de jour de Sainte-Marie-Madeleine et Sainte-Madeleine.* |  |
| Je suis conscient qu’il ne s’agit pas d’un accompagnement spécialisé et que ce dernier vise à intégrer mon enfant dans **un contexte de loisirs**. |  |
| Je comprends que les enfants ayant un accompagnateur sont assujettis au même code de vie que les autres enfants du camp et que les mesures disciplinaires en cas de comportements répréhensibles s’appliquent. |  |
| Je reconnais que les renseignements donnés sont exacts et complets.  **Si tel n’est pas le cas, la demande pourrait ne pas être acceptée ou l’accompagnement pourrait être interrompu.** |  |
| L’intérêt de l’enfant ainsi que son bien-être ont été considérés lorsque la présente demande a été complétée. |  |
| J’autorise le camp de jour de Sainte-Marie-Madeleine et Sainte-Madeleine à utiliser ce document dans le cadre de son camp de jour afin d’outiller et d’informer l’accompagnateur pour assurer un encadrement adéquat. |  |
| J’autorise le camp de jour de Sainte-Marie-Madeleine et Sainte-Madeleine à contacter les intervenants œuvrant auprès de mon enfant afin d’avoir plus amples renseignements et à les informer du déroulement du camp, si nécessaire. *Ressources nommées à la section 6.* |  |
| Je m’engage à informer l’équipe de coordination du camp de jour de tout changement pouvant avoir un impact sur le quotidien de l’enfant au camp de jour (changement de médication, séparation, etc.). |  |
| Je m’engage à participer, avec mon enfant, à la rencontre de parents/enfant/accompagnateur qui permet de créer un lien avant le début du camp. |  |
| Je m’engage à ce que mon enfant participe aux semaines auxquelles il est inscrit au camp de jour ou a avisé de tout changement dans la participation, et ce, rapidement afin que les ressources du le camp de jour de Sainte-Marie-Madeleine et Sainte-Madeleine puissent être maximisées. |  |
| Je m’engage à communiquer toute problématique ou irritant en lien avec le service d’accompagnement à la responsable des loisirs, et ce, le plus rapidement possible. |  |
| Je m’engage à collaborer avec l’équipe de coordination du camp de jour, l’accompagnateur ou la personne responsable du programme dès qu’une demande est effectuée en ce sens et d’être respectueux dans mes communications. |  |
| Signature du demandeur : | |
| Nom et prénom (lettres moulées) : | |
| Lien avec l’enfant : | |
| Date : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. | |
| **Ce consentement couvre la période qui débute à la date de signature  et se termine le 1er septembre 2023.** | |
|  | |