|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 16h** | | | | | | | | | | **Service de garde :  7 h30 à 9 h et de 16h à 17 h30** | | | | | | | |
| **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 : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Plage  Ferme éducative  Expo Saint-Hyacinthe  Parc les Salines  Laser Force (mini-putt, structures de jeux intérieures, laser tag)  Trampolines intérieures  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 *Programme pour l’intégration des enfants à besoins particuliers au camp de jour aux Quatre-Vents.* |  |
| 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 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 pourraient ne pas être accepté 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 les Loisirs de Saint-Jude à utiliser de document dans le cadre de son camp de jour afin d’outiller et d’informer l’accompagnateur pour assurer un encadrement adéquat. |  |
| J’autorise les Loisirs de Saint-Jude 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 la 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 Camp de jour aux Quatre-Vents puissent être maximisées. |  |
| Je m’engage à communiquer toute problématique ou irritant en lien avec le service l’accompagnement à la technicienne aux loisirs, et ce, le plus rapidement possible. |  |
| Je m’engage à collaborer avec la coordination du camp de jour, l’accompagnateur ou la personne du programme dès qu’une demande est effectuée en ce sens et d’être respectueux dans mes communications. |  |
| Signature du demandeur : | |
| Nom et prénom (lettre moulées) : | |
| Lien avec l’enfant : | |
| Date : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. | |
| **Ce consentement couvre la période qui débute à la signature et se termine le 1er septembre 2023.** | |