

ÉTÉ 2025

Administration

Demande reçue le : _____

Ratio : _____ Groupe : _____

Inscription au camp de jour reçue :

Fiche santé reçue :

1. Renseignements sur l'enfant
Prénom :
Nom :
Date de naissance : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.
Âge au début du camp:
Genre :

2. Renseignements sur le parent/tuteur		
Mère <input type="checkbox"/>	Père <input type="checkbox"/>	Tuteur légal <input type="checkbox"/>
Prénom :		
Nom :		
Adresse :		
Téléphone résidentiel :		
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 : 23 au 27 juin	Oui : <input type="checkbox"/>	Matin : <input type="checkbox"/> Après-midi : <input type="checkbox"/>
Semaine 2 : 30 juin au 4 juillet	Oui : <input type="checkbox"/>	Matin : <input type="checkbox"/> Après-midi : <input type="checkbox"/>
Semaine 3 : 7 au 11 juillet	Oui : <input type="checkbox"/>	Matin : <input type="checkbox"/> Après-midi : <input type="checkbox"/>
Semaine 4 : 14 au 18 juillet	Oui : <input type="checkbox"/>	Matin : <input type="checkbox"/> Après-midi : <input type="checkbox"/>
Semaine 5 : 21 au 25 juillet	Oui : <input type="checkbox"/>	Matin : <input type="checkbox"/> Après-midi : <input type="checkbox"/>
Semaine 6 : 28 juillet au 1 août	Oui : <input type="checkbox"/>	Matin : <input type="checkbox"/> Après-midi : <input type="checkbox"/>
Semaine 7 : 4 au 8 août	Oui : <input type="checkbox"/>	Matin : <input type="checkbox"/> Après-midi : <input type="checkbox"/>
Semaine 8 : 11 au 15 août	Oui : <input type="checkbox"/>	Matin : <input type="checkbox"/> Après-midi : <input type="checkbox"/>

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
<p>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.</p>

Type d'incapacité de l'enfant
<input type="checkbox"/> Auditive, précisez :
<input type="checkbox"/> Motrice, précisez (globale, fine, etc.) :
<input type="checkbox"/> Intellectuelle, précisez (légère, moyenne, sévère) :
<input type="checkbox"/> Trouble du spectre de l'autisme, précisez : (asperger, haut niveau, etc.) :
<input type="checkbox"/> Visuelle, précisez :
<input type="checkbox"/> Langage, précisez (dyslexie, dysphasie, etc.) :
<input type="checkbox"/> Trouble déficitaire de l'attention, précisez (avec ou sans hyperactivité) :
<input type="checkbox"/> Trouble de santé mentale, précisez :
<input type="checkbox"/> Trouble envahissant du développement, précisez :
<input type="checkbox"/> Trouble du comportement, précisez :
<input type="checkbox"/> Autre incapacité, précisez :

Problème de santé particulier
Votre enfant a-t-il des problèmes de santé supposant une intervention particulière de l'accompagnateur ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, merci d'indiquer la nature des problèmes de santé de votre enfant.
<input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Épilepsie <input type="checkbox"/> Allergie sévère <input type="checkbox"/> Problème respiratoire grave <input type="checkbox"/> Problème cardiaque <input type="checkbox"/> Autre :

Quel est le niveau de compréhension et de communication de l'enfant ?	
Au niveau de la compréhension, il comprend : <input type="checkbox"/> Facilement <input type="checkbox"/> Bien, avec attention <input type="checkbox"/> Difficilement	
Au niveau de la communication	Pour communiquer, il : <input type="checkbox"/> Parle <input type="checkbox"/> Utilise un langage non verbal <input type="checkbox"/> Utilise des pictogrammes
	Il se fait comprendre : <input type="checkbox"/> Facilement <input type="checkbox"/> Bien (mais nous devons porter attention) <input type="checkbox"/> Difficilement
	Est-ce que votre enfant utilise un appareil de communication ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agressivité envers lui-même (se frappe)	<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"/>
Crache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crie ou hurle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est influencé par les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fabule (invente des histoires)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fatigue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fugue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intolérance aux bruits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comportement	Tous les jours	Régulièrement	Rarement	Jamais
Lance des objets	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mord	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N'écoute pas les consignes et les règles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pousse les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Réaction négative aux changements d'activités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Réaction négative aux imprévus et stimuli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'isole des autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se cache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se fâche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tire les cheveux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilise un langage inapproprié	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Participer aux activités nécessitant la motricité globale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Participer aux activités nécessitant la motricité fine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Attraper un ballon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Comprendre les consignes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Courir pendant une certaine période	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Situation		Aide en tout temps	Aide de façon ponctuelle	Aide verbale seulement	Aucune aide nécessaire	
Participation et intégration	Être dans une foule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Interagir avec les autres enfants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Interagir avec les animateurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Jouer à des jeux d'équipe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Participer aux grands rassemblements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	S'intégrer dans un groupe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Se placer en rang, suivre le groupe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autonomie et sécurité	S'habiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Gérer ses effets personnels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Aller aux toilettes (essuyer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Changer sa protection (couche, pull-ups)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Effectuer ses soins personnels (laver les mains, visage)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Éviter de se mettre en situation de danger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Boire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	S'alimenter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Votre enfant a-t-il une diète spéciale ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, précisez :					
Déplacements	Marcher sur une surface accidentée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Marcher sur de longue distance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Monter et descendre les escaliers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Se déplacer à l'intérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Se déplacer à l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Traverser une rue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Prendre l'autobus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Est-ce que l'enfant utilise : <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant <input type="checkbox"/> Déambulateur <input type="checkbox"/> Canne ou bâton de marche <input type="checkbox"/> Autre :					
	Est-ce que l'enfant a besoin de soutien pour leur utilisation : <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant <input type="checkbox"/> 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 ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Ratio recommandé dans un CONTEXTE DE LOISIRS ET NON SCOLAIRE (bouge beaucoup, sorties, etc.)	
<input type="checkbox"/> 1 pour 1	L'enfant ne peut pas être jumelé avec un autre. Ses besoins nécessitent que l'accompagnateur soit en soutien constant.
<input type="checkbox"/> 1 pour 2	L'enfant peut être jumelé avec un autre enfant. L'accompagnateur doit apporter un soutien continu, mais peut partager son temps entre les deux.
<input type="checkbox"/> 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.
<input type="checkbox"/> 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 ? <input type="checkbox"/> 5-6 ans <input type="checkbox"/> 7-8 ans <input type="checkbox"/> 9-10 ans <input type="checkbox"/> 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 : <input type="checkbox"/> Intervenant <input type="checkbox"/> Psychologue <input type="checkbox"/> Éducateur spécialisé <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Travailleur social <input type="checkbox"/> Autre, spécifiez :
	Organisation : <input type="checkbox"/> CISSS de la Montérégie-Est/CLSC des Maskoutains (volet psychosocial, psychoéducateur, éducateur) <input type="checkbox"/> CISSS de la Montérégie-Ouest/Centre montréalais de réadaptation – Saint-Hyacinthe <input type="checkbox"/> CISSS de la Montérégie-Ouest/ Programmes de déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique (anciennement CRDITED) <input type="checkbox"/> CISSS de la Montérégie-Centre/Institut Nazareth et Louis-Braille <input type="checkbox"/> Autre, spécifiez :
Deuxième	Nom et prénom du professionnel :
	Coordonnées téléphoniques : Poste :

Adresse courriel :	
Titre :	<input type="checkbox"/> Intervenant <input type="checkbox"/> Psychologue <input type="checkbox"/> Éducateur spécialisé <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Travailleur social <input type="checkbox"/> Autre, spécifiez :
	Organisation : <input type="checkbox"/> CISSS de la Montérégie-Est/CLSC des Maskoutains (volet psychosocial, psychoéducateur, éducateur) <input type="checkbox"/> CISSS de la Montérégie-Ouest/Centre montréalais de réadaptation – Saint-Hyacinthe <input type="checkbox"/> CISSS de la Montérégie-Ouest/ Programmes de déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique (anciennement CRDITED) <input type="checkbox"/> CISSS de la Montérégie-Centre/Institut Nazareth et Louis-Braille <input type="checkbox"/> 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 <i>Programme pour l'intégration des enfants à besoins particuliers au camp de jour aux Quatre-Vents</i> .	
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 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 les Loisirs de Saint-Jude 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 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. <i>Ressources nommées à la section 6.</i>	
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 d'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 1^{er} septembre 2025.	