

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'accommodement/accompagnement soit évaluée, 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 entre le **15 janvier et le 15 avril de l'année en cours à gabrielle.leclerc@sflneiges.com**. À noter : il n'y a pas de date limite pour demander la mise en place d'un accommodement raisonnable, qui peut devenir nécessaire à n'importe quel moment durant la prestation de services au camp.

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 <input type="checkbox"/> Autre
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 (** Section non obligatoire à compléter**)

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 les 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 (intervenant, psychologue, éducateur spécialisé, travailleur social, ...)

(** Section non obligatoire à compléter**)

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	IRDPO	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)					
<input type="checkbox"/> Mon enfant n'est pas suivi par aucun intervenant					

5. Nature des limitations de l'enfant (*** Section non obligatoire à compléter***)

<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)	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 (*** Section non obligatoire à compléter***)

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

Afin d'aider l'équipe dans leurs interventions, de quelle façon doit-on intervenir en présence d'une problématique ou d'un comportement difficile ?

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 changer pour mettre et enlever un maillot lors des périodes de baignade, attacher ses souliers)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hygiène personnelle Précisez :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentation (ex. : repas et collation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise de médicaments s'il y a lieu	<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, ...)?

☐ 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

IMPORTANT : Vous devez inscrire votre enfant au camp de jour comme toutes les autres familles. Comme c'est un service très en demande, il est possible que vous n'ayez pas de places toutes les semaines dont vous avez besoin.

L'horaire régulier du camp de jour est de 9 h à 16 h.

L'intégration pour les enfants ayant des besoins particuliers permet à votre enfant d'avoir un accompagnement à avec un horaire déterminé en fonction des besoins et des ressources dans les heures régulières du camp de jour.

Le camp de jour offre un service de garde avant et après l'horaire régulier. C'est un service beaucoup moins structuré (jeux libres), les ratios sont plus grands (1 pour 15) et il n'y a pas d'accompagnateurs sur place. Il est donc possible que votre enfant ne puisse pas fréquenter le service de garde.

Veuillez 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
Cochez les jours de fréquentation de votre enfant					
SEMAINE 2	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
Cochez les jours de fréquentation de votre enfant					
SEMAINE 3	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
Cochez les jours de fréquentation de votre enfant					
SEMAINE 4	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
Cochez les jours de fréquentation de votre enfant					
SEMAINE 5	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
Cochez les jours de fréquentation de votre enfant					
SEMAINE 6	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
Cochez les jours de fréquentation de votre enfant					
SEMAINE 7	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
Cochez les jours de fréquentation de votre enfant					

IMPORTANT

DÉCISION DU COMITÉ D'ANALYSE DES DEMANDES

Il revient à la Municipalité de Saint-Ferréol-les-Neiges de :

- décider 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.
- Une confirmation des mesures d'accompagnement vous sera acheminée par courriel suite à une rencontre avec vous.

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.	
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 informer le personnel de tout changement pouvant avoir un impact sur le bien-être et la sécurité de mon enfant au camp de jour.	
Je m'engage à collaborer avec le personnel dès que celui-ci en fait la demande, car je sais que l'absence totale de collaboration des parents pourrait aussi constituer une contrainte excessive justifiant la modification ou l'arrêt du service d'accommodement.	
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 : <ul style="list-style-type: none">- 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 :	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 1/1 <input type="checkbox"/> 1/2 <input type="checkbox"/> 1/3 <input type="checkbox"/> Autre : <input type="checkbox"/> une femme <input type="checkbox"/> un homme <input type="checkbox"/> sans importance <input type="checkbox"/> son âge <input type="checkbox"/> plus jeune <input type="checkbox"/> plus vieux
--	--

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

5. Intervenant

Nom	Signature	Téléphone
-----	-----------	-----------