

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 l'organisme offrant le camp de jour le **1^{er} avril au plus tard**. Il est de la responsabilité du responsable de l'enfant de prendre connaissance du Programme d'intégration du PVE, notamment des critères d'admissibilité (lieu de résidence, âge, ...).

1. Renseignements relatifs à la demande (à compléter par le répondant de l'enfant)

Site désiré n°1	Organisme gestionnaire	Groupe d'âge désiré
Site désiré n°2	Organisme gestionnaire	

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

Nom de l'enfant		Prénom	
Adresse principale (numéro, rue, appartement)			
Ville	Province	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	

3. 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, avec quel organisme
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 :

4. Statut du diagnostic de l'enfant

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 des 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	

5. 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 2** par cet intervenant. Si l'enfant fréquente régulièrement les activités de l'organisme gestionnaire du camp de jour, un responsable de cet organisme peut remplir l'annexe 2.

Intervenant(s)	CRDIQ	IRDPO	CSSS Ville Capitale	CSSS QC Nord	École (précisez)	Autre (précisez)
Nom du professionnel						
Titre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Téléphone (incluant le numéro du poste)						
Nom du professionnel						
Titre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Téléphone (incluant le numéro du poste)						

Mon enfant n'est suivi par aucun intervenant

6. 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)	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 global <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 :		

7. 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"/>

8. Interventions privilégiées

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

9. 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"/>	<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	<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 (9h à 16h), 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

Si oui, selon quel ratio d'accompagnement (animateur/enfant)

Non Oui

1/1 1/2 1/3 Autre :

Renseignements importants

HORAIRE DE FRÉQUENTATION DE L'ENFANT

L'horaire régulier du camp de jour est de 9 h à 16 h. Tous les sites offrent un service de surveillance animée (service de garde) avant et après l'horaire régulier.

Le Programme d'intégration pour les enfants ayant des besoins particuliers permet à votre enfant d'avoir un accompagnement durant l'horaire régulier ainsi que durant la surveillance animée. Toutefois, il se peut que la personne qui accompagne votre enfant ne soit pas la même en tout temps.

Une grille horaire des périodes de fréquentation est disponible en **annexe 1** du présent formulaire. **Veillez la remplir à la demande de l'organisme.**

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.

Autorisations et signature du répondant

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

Je reconnais avoir pris connaissance des objectifs du Programme d'intégration pour les enfants ayant des besoins particuliers aux camps de jour.	
--	--

Je déclare que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont exacts et complets. <u>Dans le cas contraire, le comité d'évaluation se réserve le droit de considérer la demande non admissible.</u>	
---	--

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 du Programme d'intégration 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 lettre majuscules	Lien avec l'enfant
---------------------------------	---------------------------

Programme d'intégration pour les enfants ayant des besoins particuliers aux camps de jour
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
SEMAINE 8	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

Programme d'intégration pour les enfants ayant des besoins particuliers aux camps de jour

Collecte de données à compléter par les personnes ressources identifiées à la section 5 du FORMULAIRE D'ÉVALUATION DES BESOINS DE L'ENFANT

Objectif de la collecte de données

Au moment de réaliser une demande au *Programme d'intégration pour les enfants ayant des besoins particuliers aux camps 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. Nous vous invitons donc à consulter le programme¹ afin de vous familiariser avec les objectifs et la nature du service offert.

1. Identification de l'enfant	
Nom de l'enfant	Site de camp de jour

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 PRIVILÉGIER
	Avec facilité	Avec difficulté	Aucune	
Rassemblement (grande foule, beaucoup de bruits, 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 manque 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.	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Si oui, :	
- une aide ponctuelle sans accompagnement serait suffisante :	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
- l'enfant doit obtenir un accompagnement selon le ratio suivant :	<input type="checkbox"/> 1/1 <input type="checkbox"/> 1/2 <input type="checkbox"/> 1/3 <input type="checkbox"/> Autre :
- l'accompagnement idéal serait réalisé par :	<input type="checkbox"/> une femme <input type="checkbox"/> un homme <input type="checkbox"/> sans importance
- l'enfant peut intégrer un groupe de :	<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

Ce document doit être remis en même temps que le « Formulaire d'évaluation des besoins de l'enfant » à l'organisme offrant le camp de jour le 1^{er} avril au plus tard.

¹ Programme d'intégration pour les enfants ayant des besoins particuliers aux camps de jour de la Ville de Québec disponible à l'adresse suivante : http://www.ville.quebec.qc.ca/citoyens/loisirs_sports/programmation_loisirs/pve/