

Le responsable de l'enfant doit prendre connaissance du *Programme d'intégration pour les enfants ayant des besoins particuliers aux camps de jour* notamment pour connaître les critères d'admissibilité (lieu de résidence, âge, etc.) et l'offre de service. Le formulaire doit être transmis à l'organisme gestionnaire de camp de jour le **1<sup>er</sup> avril au plus tard**. Pour que la demande de soutien soit admissible, elle doit être remplie lisiblement et toutes les questions doivent être répondues.

### 1. Renseignements relatifs à la demande

Site désiré n°1	Site désiré n°2	Groupe d'âge désiré
-----------------	-----------------	---------------------

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

Nom de l'enfant		Prénom	
Adresse principale (numéro, rue, appartement)			
Ville	Province <b>QC</b>	Code postal	Téléphone (résidence)
Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Âge (au 24 juin) ans		Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Parent 1 - Nom du parent ou du responsable	Prénom		Lien avec l'enfant
Téléphone (résidence)	Téléphone (cellulaire)		Courriel
Parent 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"/> parent 1 <input type="checkbox"/> parent 2 <input type="checkbox"/> autre (précisez) :		L'enfant a une sœur ou un frère qui sera aussi inscrit au camp de jour : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, quel est l'âge de cet(ces) enfant(s) :	
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 <b>ne fréquente pas</b> 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, répondre aux questions de la colonne de droite)	Quel site fréquentait-il? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, précisez :	Bénéficiait-il d'un accompagnement? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Y a-t-il eu des changements significatifs dans sa vie depuis l'été passé? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, précisez :		

### 4. Statut du diagnostic de l'enfant

<b>Votre enfant est-il en attente d'un diagnostic</b> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (si oui, inscrire les coordonnées du professionnel avec lequel vous avez amorcé des démarches pour établir un diagnostic dans la <b>section 5</b> )
<b>Votre enfant a-t-il reçu un diagnostic</b> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

### 5. Intervenant(s) de l'enfant (éducateur spécialisé, travailleur social, psychologue, etc.)

Intervenant(s)	CIUSSS de la Capitale-Nationale			École (précisez)	Autre (précisez)
	Direction DI-TSA-DP	Direction Jeunesse (DJ)	Direction de la protection de la jeunesse (DPJ)		
Nom du professionnel					
Titre	<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"/>		
Téléphone (incluant le numéro du poste)					
<input type="checkbox"/> Aucun intervenant ne suit mon enfant.					

## 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)	<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> Déficience motrice	<input type="checkbox"/> fine	<input type="checkbox"/> globale	<input type="checkbox"/> fine et globale
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"/> expression	<input type="checkbox"/> compréhension	<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"/> 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
<b>1. Autonomie</b>					
Habillement (ex. : se vêtir, attacher ses souliers)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hygiène personnelle (ex. : toilette) 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"/>
<b>2. Participation aux activités</b>					
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"/>
<b>3. Communication</b>					
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"/>
<b>4. Déplacement</b> (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
<b>5. Aide à la mobilité</b>			
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"/>	
<b>6. Aide à la communication</b>			
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, etc.)?**

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. Quels 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?

Non  Oui

Si oui, quelle(s) activité(s)?

Et auprès de quelle(s) organisation(s)?

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. Recommandation d'un intervenant**

**CETTE SECTION DOIT ÊTRE REMPLIE UNIQUEMENT PAR UN INTERVENANT  
(CIUSSS, ÉCOLE, ORGANISME GESTIONNAIRE DE CAMP DE JOUR, ETC.)**

**Message destiné à l'intervenant**

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 programme<sup>1</sup> afin de vous familiariser avec les objectifs et la nature du service offert.

**Identification de l'enfant**

<b>Nom de l'enfant</b>	<b>Site de camp de jour</b>
<b>Diagnostic</b>	

**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	
<b>Rassemblement</b> (grande foule, beaucoup de bruits, musique forte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Déplacements</b> (suivre un groupe, faire un rang, marcher plusieurs minutes, terrain pouvant être accidenté)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Communications</b> (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"/>	
<b>Jeux structurés</b> (compréhension des règles du jeu / respect de consignes, attendre son tour, se concentrer pour pratiquer une activité durant 15 à 45 minutes selon l'âge)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Jeux sportifs</b> (gérer l'esprit de compétition, respecter les consignes, motricité globale)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Bricolages</b> (suivre un modèle, motricité fine, utiliser du matériel spécialisé – ciseau, colle, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Repas</b> (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"/>	
<b>Piscine</b> (se changer de vêtements, piscine bondée, éclaboussures, beaucoup de bruit, gestion des objets personnels)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Sorties</b> (prendre l'autobus, visiter un nouvel environnement, bruit, changement de la routine)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Quotidien au camp de jour</b> (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"/>	

**Dans le cas d'une désorganisation**

<sup>1</sup> *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/](http://www.ville.quebec.qc.ca/citoyens/loisirs_sports/programmation_loisirs/pve/)  
Mise à jour janvier 2019

<b>Comportements observables</b> (fréquence, intensité, durée)	<b>Interventions à privilégier</b>

<b>Recommandations</b>	
L'intégration au camp de jour, selon le programme qui est proposé, est l'alternative estivale qui convient à l'enfant :	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Si oui, :	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (si oui, passez à la question 4)
1. une aide ponctuelle sans accompagnement serait suffisante :	<input type="checkbox"/> 1/1 <input type="checkbox"/> 1/2 <input type="checkbox"/> 1/3 <input type="checkbox"/> Autre, précisez:
2. l'enfant doit obtenir un accompagnement selon le ratio suivant :	<input type="checkbox"/> une femme <input type="checkbox"/> un homme <input type="checkbox"/> sans importance
3. l'accompagnement idéal serait réalisé par :	<input type="checkbox"/> son âge <input type="checkbox"/> plus jeune <input type="checkbox"/> plus vieux
4. l'enfant peut intégrer un groupe de :	

<b>Commentaires pour soutenir vos recommandations</b>

<b>Signature de l'intervenant</b>	
Je reconnais avoir lu et compris l'offre de service du Programme d'intégration pour les enfants ayant des besoins particuliers aux camps de jour de la Ville de Québec.	initiales
<b>Nom</b>	<b>Date</b> (aaaa/mm/jj)
<b>Organisation</b>	<b>Téléphone</b> (incluant le numéro du poste)
<b>Titre</b>	<b>Courriel</b>

**IMPORTANT**

Cette section du « Formulaire d'évaluation des besoins de l'enfant » doit être remise au répondant de l'enfant, car elle fait partie intégrante de la demande qui doit être transmise à l'organisme gestionnaire de camp de jour le 1<sup>er</sup> avril au plus tard.

**15. Horaire de fréquentation de l'enfant au camp de jour**

Nous devons prévoir les périodes de fréquentation de votre enfant afin de lui apporter le soutien nécessaire durant sa présence au camp de jour. Décrivez la fréquentation prévue.

Date de début et de fin	Heure de début et de fin
Dates de vacances prévues	

## 16. Consentements, autorisations et signature du répondant

\*\*\* Veuillez lire attentivement chaque affirmation et apposer vos initiales dans la case prévue à cette fin. \*\*\*

1. Je reconnais avoir lu et compris l'offre de service du <i>Programme d'intégration pour les enfants ayant des besoins particuliers aux camps de jour de la Ville de Québec</i> .	
2. Je déclare que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont complets. <b>Dans le cas contraire, le comité d'analyse se réserve le droit de considérer la demande non admissible.</b>	
3. Je comprends que si le portrait des besoins de mon enfant venait à changer entre la tenue du comité d'analyse et le début du camp de jour ou pendant la réalisation du camp de jour, <b>la demande de mon enfant devra faire l'objet d'une nouvelle analyse.</b>	
4. J'autorise les personnes directement impliquées dans la gestion du <i>Programme d'intégration</i> à contacter les personnes-ressources dont les coordonnées sont mentionnées aux sections 5 et 14 de ce formulaire, et ce, afin d'obtenir des renseignements complémentaires.	
5. Je m'engage à informer de ma présente demande les personnes-ressources dont les coordonnées sont mentionnées aux sections 5 et 14 de ce formulaire. De plus, je les autorise à fournir des renseignements complémentaires pour permettre l'analyse de ma demande.	
6. Je m'engage à respecter la décision du comité d'analyse.	
7. Je m'engage à collaborer avec le personnel dès que celui-ci en fait la demande.	
<b>Signature</b>	<b>Date</b> (aaaa/mm/jj)
<b>Nom en lettres majuscules</b>	<b>Lien avec l'enfant</b>

Le formulaire doit être transmis à l'organisme gestionnaire de camp de jour le **1<sup>er</sup> avril au plus tard**.