

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^{er} 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 (à compléter par le répondant de l'enfant)

Organisme gestionnaire : **CAMP DE JOUR KÉNO**

<p>Site désiré :</p> <p><input type="checkbox"/> CNDF – Spécialités ou Trip-O-Max 15-21 ans (Accompagnement non-subventionné)</p> <p><input type="checkbox"/> Séminaire des Pères Maristes (Accompagnement non-subventionné)</p> <p>POUR RÉSIDENTS DE SAINT-AUGUSTIN SEULEMENT : (Accompagnement subventionné par la Ville de Saint-Augustin)</p> <p><input type="checkbox"/> Les Bocages</p> <p><input type="checkbox"/> CNDF – PVE MultiSports ou PVE 11-12 ans</p>	<p><input type="checkbox"/> Pionniers – Pavillon De La Salle</p>	<p>Groupe d'âge désiré :</p> <p><input type="checkbox"/> 4-6 ans</p> <p><input type="checkbox"/> 7-9 ans</p> <p><input type="checkbox"/> 10-12 ans (ET jeunes de 13-14 ans accompagnés)</p> <p><input type="checkbox"/> 15-21 ans pour Trip-O-Max</p>
---	--	--

2. 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
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 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, répondre aux questions de la colonne de droite)	Quel site fréquentait-il? 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 :
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

Votre enfant est-il en attente d'un diagnostic <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 section 5)
Votre enfant a-t-il reçu un diagnostic <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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Titre					
Téléphone (incluant le numéro du poste)					
Nom du professionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Titre					
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"/> 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"/>

COMPORTEMENTS (suite)	FRÉQUEMMENT	PARFOIS	RAREMENT	JAMAIS
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 (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"/>
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"/>

9. Évaluation du degré de supervision (suite)

Lors des situations de vie énoncées, l'enfant a besoin :

SITUATIONS	Aide constante	Aide fréquente	Aide ponctuelle	Supervision verbale	Aucune
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"/>

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, 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 programme¹ afin de vous familiariser avec les objectifs et la nature du service offert.

Identification de l'enfant

Nom de l'enfant	Site de camp de jour
Diagnostic	

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 minutes 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, etc.)	<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 personnels)	<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"/>	

Dans le cas d'une désorganisation

¹ [Programme d'intégration pour les enfants ayant des besoins particuliers aux camps de jour.](#)

Comportements observables (fréquence, intensité, durée)	Interventions à privilégier

Recommandations	
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 :	

Commentaires pour soutenir vos recommandations

Signature de l'intervenant	
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.	initiales
Nom	Date (aaaa/mm/jj)
Organisation	Téléphone (incluant le numéro du poste)
Titre	Courriel

IMPORTANT

Cette section du formulaire doit être remise au répondant de l'enfant, et doit être transmise au Camp de jour Kéno le 1^{er} avril au plus tard. Par courriel à : formulaires@campkeno.com OU par la poste :
Camp de jour Kéno 5020, rue Clément-Lockquell – St-Augustin-de-Desmaures (Québec) G3A 1B3

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. **Pour chacune des semaines, il est important de compléter la grille horaire en y indiquant les périodes où votre enfant sera au camp cet été.**

Indiquez l'heure d'arrivée et l'heure de départ de l'enfant dans les cases appropriées, ainsi que le nombre d'heures de présence pour chacune des journées et le nombre total d'heures pour chaque semaine où vous l'inscrivez au camp. Cet horaire nous permettra de lui assigner son animateur/trice à l'intégration. Merci de votre collaboration!

Nous validerons cet horaire avec vous en juin. Par la suite, tout changement à l'horaire devra être signalé au moins 1 semaine à l'avance. L'absence de votre enfant a une incidence importante pour la personne qui l'accompagnera pendant l'été !

EXEMPLE :

HORAIRE/JOURS	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	TOTAL DE LA SEMAINE
Surveillance animée (7 h 30 à 9 h 00)	8H00		8H00		8H30	
Activités de camp (9 h à 16 h)		9H00	16H00	9H À 16H		
Surveillance animée (16 h à 17 h 30)	17H00	17H30			16H30	
Présence par jour (heures cumulatives)	9H00	8H30	8H00	7H00	8H00	40H30

Nom de l'enfant	Site
-----------------	------

Semaine du 24 au 28 juin 2019 - ATTENTION ! SEULS LES SITES SPÉCIALISÉS SONT OUVERTS DURANT CETTE SEMAINE. ACCOMPAGNEMENT NON-SUBVENTIONNÉ.

HORAIRE/JOURS	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	TOTAL DE LA SEMAINE
Surveillance animée (7 h 30 à 9 h 00)						
Activités de camp (9 h à 16 h)						
Surveillance animée (16 h à 17 h 30)						
Présence par jour (heures cumulatives)						

Semaine du 1er au 5 juillet 2019

HORAIRE/JOURS	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	TOTAL DE LA SEMAINE
Surveillance animée (7 h 30 à 9 h 00)						
Activités de camp (9 h à 16 h)						
Surveillance animée (16 h à 17 h 30)						
Présence par jour (heures cumulatives)						

Semaine du 8 au 12 juillet 2019

HORAIRE/JOURS	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	TOTAL DE LA SEMAINE
Surveillance animée (7 h 30 à 9 h 00)						
Activités de camp (9 h à 16 h)						
Surveillance animée (16 h à 17 h 30)						
Présence par jour (heures cumulatives)						

Semaine du 15 au 19 juillet 2019

HORAIRE/JOURS	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	TOTAL DE LA SEMAINE
Surveillance animée (7 h 30 à 9 h 00)						
Activités de camp (9 h à 16 h)						
Surveillance animée (16 h à 17 h 30)						
Présence par jour (heures cumulatives)						

Semaine du 22 au 26 juillet 2019

HORAIRE/JOURS	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	TOTAL DE LA SEMAINE
Surveillance animée (7 h 30 à 9 h 00)						
Activités de camp (9 h à 16 h)						
Surveillance animée (16 h à 17 h 30)						
Présence par jour (heures cumulatives)						

Semaine du 29 juillet au 2 août 2019

HORAIRE/JOURS	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	TOTAL DE LA SEMAINE
Surveillance animée (7 h 30 à 9 h 00)						
Activités de camp (9 h à 16 h)						
Surveillance animée (16 h à 17 h 30)						
Présence par jour (heures cumulatives)						

Semaine du 5 au 9 août 2019

HORAIRE/JOURS	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	TOTAL DE LA SEMAINE
Surveillance animée (7 h 30 à 9 h 00)						
Activités de camp (9 h à 16 h)						
Surveillance animée (16 h à 17 h 30)						
Présence par jour (heures cumulatives)						

Semaine du 12 au 16 août 2019

HORAIRE/JOURS	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	TOTAL DE LA SEMAINE
Surveillance animée (7 h 30 à 9 h 00)						
Activités de camp (9 h à 16 h)						
Surveillance animée (16 h à 17 h 30)						
Présence par jour (heures cumulatives)						

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</i> .	
2. Je déclare que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont complets. Dans le cas contraire, le comité d'analyse se réserve le droit de considérer la demande non admissible.	
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, la demande de mon enfant devra faire l'objet d'une nouvelle analyse.	
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'échanger des informations et 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.	
Signature	Date (aaaa/mm/jj)
Nom en lettres majuscules	Lien avec l'enfant

Le formulaire doit être transmis au Camp de jour Kéno le **1^{er} avril au plus tard**.

Par courriel à : formulaires@campkeno.com

OU

Par la poste : Camp de jour Kéno

5020, rue Clément-Lockquell

St-Augustin-de-Desmaures (Québec) G3A 1B3

IMPORTANT : Dans le contexte actuel de pénurie de main-d'œuvre, soyez assurés que nous déployons tous les efforts possibles pour trouver les ressources humaines nécessaires afin de combler tous les besoins en accompagnement. Toutefois, nous ne pouvons malheureusement offrir aucune garantie de succès. Il se pourrait que nous ayons à trouver ensemble des solutions afin d'être en mesure d'accueillir votre enfant; et cela même si vous avez complété votre demande dans les temps requis.

Merci de votre collaboration !

L'Équipe du Camp de jour Kéno