 **FORMULAIRE D’ÉVALUATION DES BESOINS DE L’ENFANT**

Programme d’intégration au Camp de jour

Ville de St-Augustin

|  |
| --- |
| 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 **15 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** | |
| **Site désiré :**  Pionniers - Laure-Gaudreault **–** Camp de jour 10-12 ans et Multisports 7-9 ans et 10-12 ans  Pionniers - Marguerite-Bourgeois – Camp de jour 4-6 ans et 7-9 ans  Les Bocages – Camp de jour 4-6 ans, 7-9 ans et 10-12 ans  CCMES – Multisports 7-9 ans et 10-12 ans | **Groupe d’âge désiré :**  4-6 ans  7-9 ans  10-12 ans | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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  ans | | | | Sexe  F  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  ses deux parents  parent 1  parent 2  autre (précisez) : | | | L’enfant a une sœur ou un frère qui sera aussi inscrit au camp de jour :  Non  Oui  Si oui, quel est l’âge de cet(ces) enfant(s) : | | | |
| L’enfant fréquente présentement l’école?  Non  Oui | Si oui, quel est le nom de son école? | | | | | |
| Si oui, est-il dans une classe régulière à temps plein ?  Non  Oui | Est-ce que votre enfant bénéficie de services particuliers à l’école ?  Non (si non, passez à la section 3)  Oui | | | | | |
| Quels sont les services particuliers offerts par l’école (ex. : heures TES en 1/1, ratio classe plus petit) :  Service :  Fréquence : | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **3. Historique d’accompagnement** | | |
| Votre enfant a-t-il fréquenté un camp de jour l’été passé?  Non  Oui (si oui, répondre aux questions de la colonne de droite) | Quel site fréquentait-il?    Bénéficiait-il d’un accompagnement?  Non  Oui | Si oui, selon quel ratio d’accompagnement ? (animateur/enfant)  1/1  1/2  1/3  Autre : |
| Dans la dernière année, y a-t-il eu des changements significatifs dans la vie de l’enfant qui ont une incidence sur ses comportements ?  Non  Oui, précisez :  (si non, passez à la section 4) | | |
| Est-ce que ces changements ont eu un impact sur les comportements de l’enfant ?  Impact positif  Impact négatif  Aucun impact  Précisez : | | |

|  |
| --- |
| **4. Statut du diagnostic de l’enfant (facultatif)** |
| **Votre enfant est-il en attente d’un diagnostic**  Non  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**  Non  Oui |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **5. Intervenant(s) de l’enfant** (éducateur spécialisé, travailleur social, psychologue, etc.) | | | | | |
|  | **CIUSSS de la Capitale-Nationale** | | |  | |
| **Intervenant(s)** | Direction  DI-TSA-DP | Direction  Jeunesse (DJ) | Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) | École  (précisez) | Autre  (précisez) |
| Nom du professionnel |  |  |  |  |  |
| Titre |
| Téléphone (incluant le numéro du poste) |
| Nom du professionnel |  |  |  |  |  |
| Titre |
| Téléphone (incluant le numéro du poste) |
| Aucun intervenant ne suit mon enfant. | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **6. Nature des limitations de l’enfant** | | | | | | | | |
|  | Déficience intellectuelle | légère | | moyenne | | sévère | | |
| Précisez : | | | | | | |
|  | Trouble du spectre autistique (TSA) | niveau 1 – besoin de soutien très important  niveau 2 – besoin de soutien important  niveau 3 – besoin de soutien | | | | | verbal  non-verbal | |
|  | Déficience motrice | fine | | globale | | fine et globale | | |
| Précisez : | | | | | | |
|  | Déficience visuelle | Précisez : | | | | | | |
|  | Déficience auditive | Précisez : | | | | | | |
|  | Trouble du langage et de la parole | expression | | compréhension | | mixte | | |
| Précisez : | | | | | | |
|  | Trouble déficitaire de l’attention | sans hyperactivité (TDA) | | | avec hyperactivité (TDAH) | | | |
| Précisez : | | | | | | |
|  | Trouble de la santé mentale | Précisez : | | | | | | |
|  | Trouble du comportement | Opposition | Anxiété | | Agressivité | | | Passivité |
|  | Santé particulière  (ex. : allergies sévères, épilepsie, diabète) | Précisez : | | | | | | |
|  | Peurs, phobies importantes | Précisez : | | | | | | |
|  | 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 |  |  |  |  |
| Crache |  |  |  |  |
| Frappe |  |  |  |  |
| Bouscule |  |  |  |  |
| Crie |  |  |  |  |
| Utilise un langage inapproprié (insulte ou blasphème) |  |  |  |  |
| **COMPORTEMENTS** (suite) | **FRÉQUEMMENT** | **PARFOIS** | **RAREMENT** | **JAMAIS** |
| Opposition aux consignes et aux règles |  |  |  |  |
| S’éloigne du groupe (fugue) |  |  |  |  |
| Brise le matériel |  |  |  |  |
| Intolérance au bruit |  |  |  |  |
| Éveil sexuel |  |  |  |  |
| Difficulté avec les transitions d’activités |  |  |  |  |
| Difficulté à gérer les situations imprévues |  |  |  |  |
| Difficulté à déroger de ses routines ou rituels |  |  |  |  |
| Inconfort tactile (n’aime pas être touché) |  |  |  |  |
| Fatigue excessive après un effort jugé normal pour un enfant de son âge |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **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) |  |  |  |  |  |
| Hygiène personnelle (ex. : toilette)  Précisez : |  |  |  |  |  |
| Alimentation (ex. : repas et collation) |  |  |  |  |  |
| Prise de médicaments |  |  |  |  |  |
| Gérer ses effets personnels  (ex. : boîte à lunch, sac à dos, etc.) |  |  |  |  |  |
| Rester avec le groupe |  |  |  |  |  |
| Éviter les situations dangereuses (conscience du danger) |  |  |  |  |  |
| 1. **Participation aux activités** |  |  |  |  |  |
| Stimulation à la participation |  |  |  |  |  |
| Interaction avec les adultes |  |  |  |  |  |
| Interaction avec les autres enfants |  |  |  |  |  |
| Fonctionnement en groupe |  |  |  |  |  |
| Activité de motricité fine (bricolage, manipulations, insertions, etc.) |  |  |  |  |  |
| Activité de motricité globale (sports, jeux psychomoteurs, ballon, etc.) |  |  |  |  |  |
| Baignade |  |  |  |  |  |
| **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** |
| 1. **Communication** |  |  |  |  |  |
| Compréhension des consignes |  |  |  |  |  |
| Se faire comprendre |  |  |  |  |  |
| 1. **Déplacement**   (Si l’enfant se déplace en fauteuil roulant, passez à la question suivante) |  |  |  |  |  |
| Marche en terrain accidenté |  |  |  |  |  |
| Marche sur de longues distances |  |  |  |  |  |
| Escaliers |  |  |  |  |  |
| Autobus |  |  |  |  |  |
| Lors des situations de vie énoncées, l’enfant a besoin : | | | | | |
| **SITUATIONS** | **Oui** | **Non** | **Précisez** | | |
| 1. **Aide à la mobilité** |  |  |  | | |
| Utilisation d’un fauteuil roulant |  |  |  | | |
| Utilisation d’une marchette |  |  |  | | |
| Utilisation d’une canne ou de béquilles |  |  |  | | |
| 1. **Aide à la communication** |  |  |  | | |
| Utilisation de pictogrammes, tableau, ordinateur |  |  |  | | |
| Langage des signes |  |  |  | | |
| Gestes |  |  |  | | |

|  |
| --- |
| **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 (8 h à 17 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. Sur une échelle de 0 à 3, 3 étant le plus élevé, quel est le niveau d’intérêt de votre enfant à participer au camp de jour cet été ?** |
| |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | 3 | 2 | 1 | 0 (aucun) | Ne sais pas |   Commentaires : |

|  |
| --- |
| **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)?  Durant ces activités, bénéficiait-il d’un accompagnement  Non  Oui |

|  |
| --- |
| **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 pour nous car elle sera un complément important dans l’analyse des besoins et le niveau de soutien requis pour l’enfant.

Vos réponses nous guideront aussi dans la mise en œuvre des recommandations et des accommodements nécessaires pour favoriser la participation active aux activités et l’intégration optimale l’enfant.

Nous vous invitons donc à consulter le programme[[1]](#footnote-1) afin de vous familiariser avec les objectifs et la nature exacte du service offert.

|  |  |
| --- | --- |
| **Identification de l’enfant** | |
| **Nom de l’enfant** | **Site de camp de jour** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Activités** | **Aide constante** | **Aide fréquente** | **Aide ponctuelle** | **Supervision verbale** | **Aucune**  **aide** |
| **Rassemblement**  (participe aux activités où il y a une grande foule, beaucoup de bruits, musique forte) |  |  |  |  |  |
| **Sécurité**  (fais le choix de comportements qui assure sa sécurité à lui-même, assure la sécurité des autres enfants et des adultes) |  |  |  |  |  |
| **Déplacements et accessibilité**  (suit le un groupe, se place en rang, marche plusieurs minutes, est en mesure de se déplacer sur un terrain pouvant être accidenté, accès au site de camp de jour) |  |  |  |  |  |
| **Communications**  *Expression* : Être en mesure de s’exprimer  **(**communication verbale ou non verbale, utilisation d’outils ou de signes, capacité à verbaliser ses émotions)  *Compréhension* : Être en mesure de comprendre  (comprends les adultes quand ils lui parlent, comprend les consignes et les limites)  *Interaction* : Entrer en relation avec les autres  (interagir avec les autres pour avoir des liens, joue et échange avec les autres jeunes, utilise des stratégies d’interaction de façon appropriée) |  |  |  |  |  |
| **Jeux structurés**  (attends son tour, se concentre pour pratiquer une activité durant 15 à 45 minutes selon l’âge) |  |  |  |  |  |
| **Jeux sportifs**  (sait gérer l’esprit de compétition, respecte les consignes, sa motricité globale est suffisante pour jouer au rythme du groupe) |  |  |  |  |  |
| **Bricolages**  (en mesure de suivre un modèle, sa motricité fine lui permet’ utiliser du matériel spécialisé – ciseau, colle, etc.) |  |  |  |  |  |
| **Repas**  (demeure assis au sol ou sur une table de pique-nique, est autonome, gère sa boîte à lunch : je mange quoi et dans quel ordre?) |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Activités (suite)** | Aide constante | Aide fréquente | Aide ponctuelle | Supervision verbale | Aucune  aide |
| **Piscine (S’il y a lieu)**  **(**se change de vêtements, gère ses objets personnels, participe à la période de baignade malgré le bruit et les éclaboussures ) |  |  |  |  |  |
| **Sorties**  (prend l’autobus, visite de nouveau environnement, changement de la routine) |  |  |  |  |  |
| **Capacité d’adaptation**  (S’adapte aux bouleversements à l’horaire, changement de moniteur ou d’accompagnateur, modification des règles d’un jeu, s’adapte lors des moments de transitions) |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Dans le cas d’une désorganisation** | |
| **Comportements observables** (fréquence, intensité, durée) | **Interventions à privilégier** |

|  |
| --- |
| **Accommodements à mettre en place** |
| Selon vous, quels sont les mesures à mettre en place pour que l’enfant puisse intégrer le camp de jour ?  (ex. : accompagnement en ratio réduit, horaire, transitions, aide à la communication, aménagement physique, matériel, …) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Recommandations pour les services estivaux** | | |
|  | 1. une aide ponctuelle sans accompagnement serait suffisante : | Non  Oui  (si oui, passez à la question 4) |
|  | 1. l’enfant doit obtenir un accompagnement selon le ratio suivant : | 1/1  1/2  1/3  Autre, précisez: |
|  | 1. l’accompagnement idéal serait réalisé par : | une femme  un homme  sans importance |
|  | 1. l’enfant peut intégrer un groupe de : | son âge  plus jeune  plus vieux |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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 15 avril au plus tard. Par courriel à :** [**formulaires@campkeno.com**](mailto: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** |
| **Heure d’arrivée**  **(Ouverture du camp 8h)** | 8H00 | 8H00 | 8H00 |  | 9H00 |
| **Heure de départ**  **(Fermeture du camp 17h)** | 17H00 | 17H00 | 17H00 |  | 16H00 |
| **Présence par jour**  **(Heures cumulatives)** | **9** | **9** | **9** | **0** | **7** | **34** |

**Semaine du 30 juin au 2 juillet 2021**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **HORAIRE/JOURS** | **LUNDI** | **MARDI** | **MERCREDI** | **JEUDI** | **VENDREDI** | **TOTAL DE LA SEMAINE** |
| **Heure d’arrivée**  **(Ouverture du camp 8h)** |  |  |  |  |  |
| **Heure de départ**  **(Fermeture du camp 17h)** |  |  |  |  |  |
| **Présence par jour**  **(Heures cumulatives)** |  |  |  |  |  |  |

**Semaine du 5 au 9 juillet 2021**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **HORAIRE/JOURS** | **LUNDI** | **MARDI** | **MERCREDI** | **JEUDI** | **VENDREDI** | **TOTAL DE LA SEMAINE** |
| **Heure d’arrivée**  **(Ouverture du camp 8h)** |  |  |  |  |  |
| **Heure de départ**  **(Fermeture du camp 17h)** |  |  |  |  |  |
| **Présence par jour**  **(Heures cumulatives)** |  |  |  |  |  |  |

**Semaine du 12 au 16 juillet 2021**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **HORAIRE/JOURS** | **LUNDI** | **MARDI** | **MERCREDI** | **JEUDI** | **VENDREDI** | **TOTAL DE LA SEMAINE** |
| **Heure d’arrivée**  **(Ouverture du camp 8h)** |  |  |  |  |  |
| **Heure de départ**  **(Fermeture du camp 17h)** |  |  |  |  |  |
| **Présence par jour**  **(Heures cumulatives)** |  |  |  |  |  |  |

**Semaine du 19 au 23 juillet 2021**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **HORAIRE/JOURS** | **LUNDI** | **MARDI** | **MERCREDI** | **JEUDI** | **VENDREDI** | **TOTAL DE LA SEMAINE** |
| **Heure d’arrivée**  **(Ouverture du camp 8h)** |  |  |  |  |  |
| **Heure de départ**  **(Fermeture du camp 17h)** |  |  |  |  |  |
| **Présence par jour**  **(Heures cumulatives)** |  |  |  |  |  |  |

**Semaine du 26 au 30 juillet 2021**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **HORAIRE/JOURS** | **LUNDI** | **MARDI** | **MERCREDI** | **JEUDI** | **VENDREDI** | **TOTAL DE LA SEMAINE** |
| **Heure d’arrivée**  **(Ouverture du camp 8h)** |  |  |  |  |  |
| **Heure de départ**  **(Fermeture du camp 17h)** |  |  |  |  |  |
| **Présence par jour**  **(Heures cumulatives)** |  |  |  |  |  |  |

**Semaine du 2 au 6 août 2021**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **HORAIRE/JOURS** | **LUNDI** | **MARDI** | **MERCREDI** | **JEUDI** | **VENDREDI** | **TOTAL DE LA SEMAINE** |
| **Heure d’arrivée**  **(Ouverture du camp 8h)** |  |  |  |  |  |
| **Heure de départ**  **(Fermeture du camp 17h)** |  |  |  |  |  |
| **Présence par jour**  **(Heures cumulatives)** |  |  |  |  |  |  |

**Semaine du 9 au 13 août 2021**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **HORAIRE/JOURS** | **LUNDI** | **MARDI** | **MERCREDI** | **JEUDI** | **VENDREDI** | **TOTAL DE LA SEMAINE** |
| **Heure d’arrivée**  **(Ouverture du camp 8h)** |  |  |  |  |  |
| **Heure de départ**  **(Fermeture du camp 17h)** |  |  |  |  |  |
| **Présence par jour**  **(Heures cumulatives)** |  |  |  |  |  |  |

**Semaine du 16 au 17 août 2021**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **HORAIRE/JOURS** | **LUNDI** | **MARDI** | **MERCREDI** | **JEUDI** | **VENDREDI** | **TOTAL DE LA SEMAINE** |
| **Heure d’arrivée**  **(Ouverture du camp 8h)** |  |  |  |  |  |
| **Heure de départ**  **(Fermeture du camp 17h)** |  |  |  |  |  |
| **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 *Programme d’intégration pour les enfants ayant des besoins particuliers aux camps de jour.* | |  |
| 1. 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.** | |  |
| 1. 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.** | |  |
| 1. J’autorise les personnes directement impliquées dans la gestion du *Programme d’intégration* 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. | |  |
| 1. 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. | |  |
| 1. Je m’engage à respecter la décision du comité d’analyse. | |  |
| 1. 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 15 avril au plus tard.**

**Par courriel à :** [**formulaires@campkeno.com**](mailto: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**

1. *Programme d’intégration pour les enfants ayant des besoins particuliers aux camps de jour de la Ville de St-Augustin.* [↑](#footnote-ref-1)