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

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

|  |
| --- |
| 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 et la nature du service offert. Le formulaire doit être transmis à l’organisme gestionnaire de camp de jour au plus tard, le **15 avril (Camps St-Augustin)**. Pour que la demande de soutien soit admissible, elle doit être remplie lisiblement et toutes les questions doivent être répondues. |

|  |
| --- |
| **Section réservée à l’organisme gestionnaire de camp de jour** |
| Organisme  | Date d’entrée | Heure d’entrée | Inscription complétée[ ]  Non [ ]  Oui |

|  |
| --- |
| **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 30 septembre) Ans | Genre [ ]  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?[ ]  Oui [ ]  Non, précisez :  | Est-ce que votre enfant bénéficie de services particuliers à l’école?[ ]  Non (si non, passez à la section 2) [ ]  Oui |
| Quels sont **précisément** les services particuliers offerts par l’école (ex. : 20 heures TES en 1/1 en classe, rencontre psychoéducateur 1 h/sem...) : Service :Fréquence :  |

|  |
| --- |
| **2. Sélection de sites** |
| Veuillez noter que nous tenterons d’accorder le premier choix à chacun. Toutefois, nous priorisons les besoins de votre enfant en termes de jumelage. Comme l’inscription au camp de jour est une condition d’admissibilité pour l’intégration, inscrivez votre enfant sur le site de votre premier choix dès le début des inscriptions. S’il y a lieu, nous pourrons favoriser les transferts d’inscription vers un autre site.**Choix de sites 2022 :** * Écoles des Pionniers
* École Les Bocages
* Centre communautaire multifonctionnel secteur est
 |
| **Premier choix**  | **Deuxième choix** | **Troisième choix**  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **3. Historique et accompagnement** |
| Votre enfant a-t-il fréquenté un camp de jour l’été passé?[ ]  Oui [ ]  Non (si non, passez à la section 4) | Quel site fréquentait-il? | Bénéficiait-il d’un accompagnement?[ ]  Non [ ]  Oui |
| 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 impactPrécisez :  |

|  |
| --- |
| **4. Statut du diagnostic de l’enfant (facultatif)** |
|  Votre enfant a-t-il reçu un diagnostic?[ ]  Non [ ]  Oui | 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) |

|  |
| --- |
| **5. Intervenant(s) de l’enfant** (éducateur spécialisé, travailleur social, psychologue, etc.) |
|  | **CIUSSS de la Capitale-Nationale** |  |
| **Intervenant(s)** | DirectionDI-TSA-DP | DirectionJeunesse (DJ) | Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) | École(Précisez le nom) | Autre(Précisez) |
| Nom du professionnel | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |  |
| Titre |
| Téléphone (incluant le numéro du poste) et courriel |
| Nom du professionnel | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |  |
| Titre |
| Téléphone (incluant le numéro du poste) et courriel |
| [ ]  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 3 – besoin de soutien très important[ ]  niveau 2 – besoin de soutien important[ ]  niveau 1 – besoin de soutien | [ ]  verbal[ ]  non verbal |
| [ ]  | Trouble de la communication sociale |  |  |  |
| [ ]  | 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 avec ou sans pompe…) | Précisez :  |
| [ ]  | Peurs, phobies importantes | Précisez :  |
| [ ]  | Autre | Précisez :  |

|  |
| --- |
| **7. Portrait 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 niveau de soutien nécessaire** |
| 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)Précisez :       | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 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 | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SITUATIONS (suite)** | **Aide constante** | **Aide fréquente** | **Aide ponctuelle** | **Supervision verbale** | **Aucune****aide** |
| 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 | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  |

|  |
| --- |
| **9. Évaluation du niveau de soutien nécessaire (suite)** |
| 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 | [ ]  | [ ]  |  |
| Autre | [ ]  | [ ]  |  |
| 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), type d’activités, chaleur excessive, etc.)?** |
| [ ]  Non [ ]  Oui (si oui, précisez :) |

|  |
| --- |
| **11. 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 :  |

|  |
| --- |
| **12. 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 :  |

|  |
| --- |
| **13. 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 du 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 permettre une intégration optimale l’enfant.

Vous devez consulter le programme afin de vous familiariser avec les objectifs et la nature exacte du service offert.

|  |
| --- |
| **Identification de l’enfant** |
| **Nom de l’enfant** | **Date de naissance** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Activités** | **Aide constante** | **Aide fréquente** | **Aide ponctuelle** | **Supervision verbale** | **Aucune****aide** | **Ne sais pas** |
| **Rassemblement**(participe aux activités où il y a une grande foule, beaucoup de bruits, musique forte) | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| **Sécurité**(fait le choix de comportements qui assure la 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(comprend 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**(attend 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** | **Ne sais pas** |
| **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, quelles 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 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 Kéno le****15 avril au plus tard (Camps de St-Augustin).** |

|  |
| --- |
| **14. Quels sont les forces et les intérêts de l’enfant?** |
|  |

|  |
| --- |
| **15. 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 [ ]  OuiSi 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 :  |

|  |
| --- |
| **16. 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 |

|  |
| --- |
| **17. 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 dans ce formulaire, et ce, afin d’obtenir des renseignements complémentaires.
 |    |
| 1. Je m’engage à informer de ma présente demande les personnes-ressources dont les coordonnées sont mentionnées dans 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 à formulaires@campkeno.com le **15 avril au plus tard (Camps de St-Augustin)**.