 **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 (lieu de résidence, âge, etc.) et l’offre de service. Le formulaire doit être transmis à l’organisme gestionnaire de camp de jour le **1er 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  **QC** | Code postal | | Téléphone (résidence) | | |
| Date de naissance (aaaa-mm-jj) | | | Âge (au 24 juin)  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  Non  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?  Non  Oui (si oui, répondre aux questions de la colonne de droite) | Quel site fréquentait-il? | Bénéficiait-il d’un accompagnement?  Non  Oui |
| Y a-t-il eu des changements significatifs dans sa vie depuis l’été passé?  Non  Oui, précisez : | |

|  |
| --- |
| **4. Statut du diagnostic de l’enfant** |
| **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) | autisme léger  autisme de haut niveau  asperger  TED non spécifié | | | autisme moyen | | | autisme sévère | |
|  | 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) |  |  |  |  |
| 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 |  |  |  |  |  |
| 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 degré de supervision (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 |  |  |  |
| 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 (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[[1]](#footnote-1) 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) |  |  | |  |  |
| **Déplacements**  (suivre un groupe, faire un rang, marcher plusieurs minutes, terrain pouvant être accidenté) |  |  | |  |  |
| **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) |  |  | |  |  |
| **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) |  |  | |  |  |
| **Jeux sportifs**  (gérer l’esprit de compétition, respecter les consignes, motricité globale) |  |  | |  |  |
| **Bricolages**  (suivre un modèle, motricité fine, utiliser du matériel spécialisé – ciseau, colle, etc.) |  |  | |  |  |
| **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?) |  |  | |  |  |
| **Piscine**  (se changer de vêtements, piscine bondée, éclaboussures, beaucoup de bruit, gestion des objets personnels) |  |  | |  |  |
| **Sorties**  (prendre l’autobus, visiter un nouvel environnement, bruit, changement de la routine) |  |  | |  |  |
| **Quotidien au camp de jour**  (bouleversement à l’horaire, changement de moniteur ou d’accompagnateur, intégration dans un groupe de 10 à 20 enfants) |  |  | |  |  |
| **Dans le cas d’une désorganisation** | | | | | |
| **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 : | | Non  Oui |
| Si oui, : | 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 |

|  |
| --- |
| **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 de la Ville de Québec. | | | ff  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 l’organisme gestionnaire de camp de jour le 1er 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 *Programme d’intégration pour les enfants ayant des besoins particuliers aux camps de jour de la Ville de Québec.* | |  |
| 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’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 à l’organisme gestionnaire de camp de jour le **1er 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/> [↑](#footnote-ref-1)