

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCOMPAGNEMENT

Ces informations demeureront **confidentielles** et nous permettront de faire l'évaluation des besoins de votre enfant, en vue de lui faire vivre une expérience camp réussie! Seules les informations pertinentes seront divulguées à son animateur et son supérieur immédiat afin de permettre de meilleures interventions.

Complétez les sections qui sont applicables à votre enfant, avec le plus de détails possibles et retournez le formulaire dûment complété **avant le 6 avril** à l'adresse suivante : mfortier@ville.saint-remi.qc.ca.

1. IDENTIFICATION DE L'ENFANT

Prénom :		Sexe :	Cliquez ici
Nom de famille :		Date de naissance :	Cliquez ici
Est-ce que l'enfant a un accompagnateur ou éducateur durant l'année ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
Si oui, autorisez-vous l'échange d'information entre le camp de jour et l'intervenant scolaire? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
Nom et téléphone : Cliquez ici			
Mon enfant ira au camp durant les semaines 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> Service d'accueil prolongé? <input type="checkbox"/>			

2. DIAGNOSTIC ET BESOINS PARTICULIERS

Cochez ce qui est applicable :

<input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle	<input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Sévère Précisez :
<input type="checkbox"/> Trouble du spectre de l'autisme (TSA)	Précisez si anciennement, Asperger, TED-NS, ou autre :
<input type="checkbox"/> Déficience motrice	Précisez :
<input type="checkbox"/> Déficience visuelle	Précisez :
<input type="checkbox"/> Déficience auditive	Précisez :
<input type="checkbox"/> Trouble langage-parole	<input type="checkbox"/> Expression <input type="checkbox"/> Compréhension <input type="checkbox"/> Mixte Précisez :

<input type="checkbox"/> Trouble déficitaire de l'attention (TDA/TDAH)	<input type="checkbox"/> Avec hyperactivité <input type="checkbox"/> Sans hyperactivité Précisez :
<input type="checkbox"/> Santé mentale	<input type="checkbox"/> Anxiété <input type="checkbox"/> Trouble de l'attachement <input type="checkbox"/> TOC <input type="checkbox"/> Dépression Précisez :
<input type="checkbox"/> Trouble du comportement	<input type="checkbox"/> Opposition <input type="checkbox"/> Agressivité <input type="checkbox"/> Passivité Autre:
<input type="checkbox"/> Diabète	Précisez :
<input type="checkbox"/> Épilepsie	Précisez :
<input type="checkbox"/> Autre(s) (Trisomie 21, etc.)	Précisez :

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCOMPAGNEMENT

3. RESTRICTIONS ALIMENTAIRES

Restrictions alimentaires (autres que des allergies)? Oui Non

Précisez :

Comment mange-t-il? Facilement Difficilement Peu d'appétit

4. VUE ET AUDITION

Vue : Excellente Suffisante Faible

Lunettes / verres de contact Cécité

Guide-accompagnateur Canne blanche

Audition : Excellente Suffisante Faible

Appareils auditifs (deux oreilles)

Oreille droite uniquement Oreille gauche
uniquement

5. COMPORTEMENTS ET INTÉRÊTS

Doit-on porter attention à certains comportements? Cochez ceux qui sont applicables :

Comportement	Dans quels contextes ces comportements ont-ils tendance à surgir?	De quelle façon suggérez-vous d'intervenir ? (Ignorer, humour, rediriger, etc.)
<input type="checkbox"/> Agressivité envers lui-même	Précisez :	Précisez :
<input type="checkbox"/> Agressivité envers les autres	Précisez :	Précisez :
<input type="checkbox"/> Anxiété	Précisez :	Précisez :
<input type="checkbox"/> Automutilation	Précisez :	Précisez :
<input type="checkbox"/> Fugues	Précisez :	Précisez :
<input type="checkbox"/> Habitudes ou des manies particulières (Acceptées ou non)	Précisez :	Précisez :
<input type="checkbox"/> Autres	Précisez :	

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCOMPAGNEMENT

A-t-il tendance à faire des crises? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Si oui, quels sont les signes précurseurs (agitation, isolement, etc.)?	Quelles sont les interventions efficaces à utiliser durant ces crises?
	Précisez :	Précisez :
A-t-il des phobies et/ou peurs ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Si oui lesquelles et comment intervenir à ce sujet ? (ex : animaux, eau, vertige, etc.) Précisez :	
A-t-il de la difficulté à exprimer ses sentiments à demander de l'aide ou à amorcer une conversation? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	S'adapte-t-il facilement à de nouvelles personnes, activités, expériences? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Quels sont ses centres d'intérêts, passe-temps et loisirs?	Précisez :	
Quels sont les meilleurs moyens de l'encourager/le motiver?	Précisez :	
Relation avec les autres - Comment interagit-il avec :		
Ses pairs	Précisez :	
Les détenteurs d'autorité	Précisez :	
Les nouvelles personnes	Précisez :	

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCOMPAGNEMENT

		Aide constante	Aide occasionnelle	Supervision verbale	Autonomie
Communication	Communication avec les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Compréhension des consignes	<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"/>
	Aides à la communication utilisés : <input type="checkbox"/> Pictogrammes <input type="checkbox"/> Tableau <input type="checkbox"/> Ordinateur <input type="checkbox"/> Langue des signes du Québec (LSQ) <input type="checkbox"/> Gestes <input type="checkbox"/> Mains animées				
Participation aux activités	Stimulation à la participation	<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"/>
	Interaction avec les autres enfants	<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"/>
	Activité de motricité fine (bricolage, manipulations, insertions, etc.)	<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"/>
Vie quotidienne	Habillement (ex. : se vêtir, attacher ses souliers)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hygiène personnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Précisez :				
	Alimentation	<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"/>
	Rester avec le groupe	<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"/>
Déplacements	Courts déplacements / au camp (précisez le niveau d'autonomie) <input type="checkbox"/> Fauteuil manuel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Fauteuil motorisé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Poussette adaptée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Canne(s) / béquilles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Déambulateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Autonome (marche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	En sortie / longues distances ? <input type="checkbox"/> identique <input type="checkbox"/> différent (précisez) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Camp de jour

Ville de Saint-Rémi

25 rue Saint-Sauveur

Saint-Rémi, Qc, J0L 2L0

450 454-3993 poste 3782

campdejour@ville.saint-remi.qc.ca

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCOMPAGNEMENT

7. AUTRES

Avez-vous autre chose à préciser afin de contribuer au traitement de votre demande en vue d'optimiser l'expérience de votre enfant au sein du camp de jour de la Ville de Saint-Rémi?

Précisez :

Disponibilités :

Vous serez en mesure de rencontrer l'accompagnateur de votre enfant ainsi que le superviseur de l'accompagnement **au mois de mai** afin de bien préparer l'entrée de votre enfant au camp de jour. Le superviseur en charge entrera en communication avec vous afin de fixer une date au moment venu*. Inscrire oui dans les cases correspondantes à vos disponibilités :

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Entre 16 et 18h					
Entre 18h et 20h					

- Les rencontres devraient se faire en mai/juin.

Précision (s'il y a lieu) :

J'atteste que toutes les informations que j'ai inscrites sur ce document sont véridiques et j'ai pris connaissance de la « Politique pour l'intégration des enfants à besoins particuliers au camp de jour de la Ville de Saint-Rémi ».

Nom du parent ou tuteur

Signature du parent ou tuteur