

Notre camp de jour souhaite intégrer les enfants varennois ayant des besoins particuliers afin de leur faire vivre une expérience de camp réussie. Ces informations demeureront **confidentielles**, seules les informations pertinentes seront divulguées aux personnes-ressources qui interagiront avec votre enfant afin de permettre de meilleures interventions. Veuillez remplir les sections qui sont applicables à votre enfant et retournez le formulaire complété au plus tard le **23 février 2024**. Après cette date, les demandes seront acceptées selon les disponibilités.

Veillez prendre note que votre demande pour le programme d'accompagnement ne constitue pas une inscription au camp de jour. Vous devez suivre toutes les étapes de la procédure régulière afin d'inscrire votre enfant.

1. IDENTIFICATION DE L'ENFANT

Prénom :		Nom de famille :	
Adresse :			
Sexe :	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	Date de naissance :	
Nom du parent :		Numéro de téléphone du parent :	
Courriel du parent :			

2. DIAGNOSTIC ET BESOINS PARTICULIERS

2.1 Cochez ce qui est applicable et apportez des précisions au diagnostic s'il y a lieu.

DIAGNOSTIC	NATURE DES LIMITATIONS	PRÉCISIONS S'IL Y A LIEU
<input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle	<input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Sévère	
<input type="checkbox"/> Trouble du spectre de l'autisme (TSA)	<input type="checkbox"/> Asperger <input type="checkbox"/> TED <input type="checkbox"/> Autisme	
<input type="checkbox"/> Déficience motrice, visuelle ou auditive	<input type="checkbox"/> Motrice <input type="checkbox"/> Visuelle <input type="checkbox"/> Auditive	
<input type="checkbox"/> Trouble du langage-parole	<input type="checkbox"/> Compréhension <input type="checkbox"/> Expression <input type="checkbox"/> Mixte	
<input type="checkbox"/> Trouble déficitaire de l'attention	<input type="checkbox"/> Avec hyperactivité <input type="checkbox"/> Sans hyperactivité	
<input type="checkbox"/> Trouble de comportement	<input type="checkbox"/> Opposition <input type="checkbox"/> Agressivité <input type="checkbox"/> Anxiété <input type="checkbox"/> Passivité	
<input type="checkbox"/> Diabète		
<input type="checkbox"/> Épilepsie		
<input type="checkbox"/> Autres (spécifiez) :		

2.2 Y a-t-il des mesures que nous pouvons mettre en place pour favoriser la participation de votre enfant aux activités du camp? Oui Non

Si oui, lesquels?

- Consignes simples
- Horaire régulier, stabilité, routine
- Personne de référence, besoin de soutien dans sa résolution de conflits
- Conséquences prévisibles
- Besoin d'un encadrement personnalisé
- Autres (spécifiez) :

3. ACCOMPAGNEMENT

3.1 Historique de l'accompagnement

Votre enfant a-t-il déjà fréquenté un camp de jour l'année passée?

Oui Non Si oui, lequel :

Bénéficiait-il d'un accompagnement?

Oui Non Si oui, avec quel ratio : 1/1 1/2 1/3

Est-ce que l'enfant a un encadrement spécialisé durant l'année scolaire?

Oui Non Si oui, précisez :

Est-ce que votre enfant fréquente une classe réduite pendant l'année scolaire (8 élèves)?

Oui Non

3.2 Besoins en accompagnement

Selon vous, votre enfant a-t-il besoin d'un accompagnateur pour le camp de jour?

Oui Non

Si oui, quel est le ratio d'encadrement qui lui convient (accompagnateur/ enfant)?

1/1 1/2 1/3

4. COMPORTEMENT ET INTÉRÊTS

4.1 Cochez les comportements qui pourraient s'appliquer à votre enfant :

- Agressivité
- Crises
- Phobies ou peurs
- Anxiété
- Fugues
- Autres (spécifiez) :

Quelles situations pourraient provoquer les comportements ci-haut mentionnés?

De quelle façon suggérez-vous d'intervenir lors de l'apparition de ces comportements?

4.2 Quels sont ses passe-temps, centres d'intérêts et loisirs?

4.3 Quels sont les meilleurs moyens pour l'encourager/le motiver?

5. DEGRÉ D'AUTONOMIE

		Aide constante	Aide occasionnelle	Supervision verbale	Autonome
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, 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 (ex. aller à la toilette, couches)	<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"/>
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"/>
Autres (décrivez) :	Autres (précisez)				

6. MÉDICATION
6.1 Votre enfant doit-il prendre des médicaments au camp? Oui Non

Si oui, compléter ce tableau en nous indiquant les consignes claires d'utilisation :

Nom du médicament	Prescrit pour	Posologie	Effets secondaires et/ou contre-indications (exposition au soleil, hydratation, appétit, etc.)

Prend-il des médicaments durant l'année? Oui Non

Si oui, lequel(s) :

Prescrit(s) pour :

7. RÉFÉRENCES

Afin d'assister l'évaluation des besoins de mon enfant, j'autorise le camp de jour de la Ville de Varennes à communiquer avec les intervenants suivants :

Organisme	Nom de l'intervenant	Fonction	Coordonnées
École - enseignant			
École - Intervenant			
CLSC			
Autre intervenant			

8. COMMENTAIRES

9. CHOIX DES CAMPS (CECI N'EST PAS UNE INSCRIPTION)

Afin de bien planifier nos besoins en accompagnement pour l'été 2024, nous avons besoin de connaître vos intentions par rapport au nombre de semaines où vous inscrirez votre enfant.

Cochez les semaines prévues	Semaines	Lieu	Service de garde (Oui ou Non)	
<input type="checkbox"/>	25 juin au 28 juin	Espace des Bâtisseurs	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/>	2 au 5 juillet	Espace des Bâtisseurs	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/>	8 au 12 juillet	Espace des Bâtisseurs	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/>	15 au 19 juillet	Espace des Bâtisseurs	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/>	22 au 26 juillet	Espace des Bâtisseurs	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/>	29 juillet au 2 août	Espace des Bâtisseurs	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/>	5 au 9 août	Espace des Bâtisseurs	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/>	12 au 16 août	Espace des Bâtisseurs	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Vous devez retourner ce formulaire dûment rempli par courriel à l'adresse info@edbvarenes.ca

Le comité d'évaluation des besoins analysera les demandes en fonction de la capacité d'accueil et de l'encadrement du programme des camps de jour et des informations transmises par les parents. Veuillez prendre note que la place de votre enfant n'est pas garantie au programme d'accompagnement et au camp de jour. La décision sera prise en lien avec notre capacité d'accueil. Au besoin, le comité pourrait communiquer avec les parents et intervenants en lien avec le jeune.

Veuillez prendre note que votre demande pour le programme d'accompagnement ne constitue pas une inscription au camp de jour. Vous devez suivre toutes les étapes de la procédure régulière afin d'inscrire votre enfant.