



En collaboration avec
les organismes de loisirs

FORMULAIRE D'ÉVALUATION DES BESOINS DE L'ENFANT
Programme d'intégration pour les enfants ayant des besoins
particuliers aux camps de jour

CECI N'EST PAS LE FORMULAIRE D'INSCRIPTION AU CAMP DE JOUR

Le parent/tuteur de l'enfant doit prendre connaissance du *Programme d'intégration pour les enfants ayant des besoins particuliers aux camps de jour* afin de 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 **1^{er} avril**. Pour que la demande de soutien soit admissible, elle doit être remplie lisiblement et toutes les questions doivent être répondues.

Important : La sélection du site de camp de jour se fera au moment de l'inscription et selon la recommandation de l'organisme gestionnaire du camp. La liste des organismes gestionnaires des camps de jour est disponible à la fin de ce formulaire.

Section réservée à l'organisme gestionnaire de camp de jour

Organisme	Site de camp de jour	Date d'entrée	Heure d'entrée	Inscription complétée <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
-----------	----------------------	---------------	----------------	--

1. Renseignements sur l'identité de l'enfant et ses parents/tuteurs

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 <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Non-binaire	
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 <input type="checkbox"/> ses deux parents <input type="checkbox"/> parent 1 <input type="checkbox"/> parent 2 <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :		L'enfant a une sœur ou un frère qui sera aussi inscrit au camp de jour : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, quel est l'âge de cet(ces) enfant(s) :		
L'enfant fréquente présentement l'école : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui à temps plein <input type="checkbox"/> Oui à temps partiel (précisez le nombre d'hrs/sem) :				
Si oui, quel est le nom de son école?		Est-il dans une classe régulière ou adaptée ? <input type="checkbox"/> Régulière <input type="checkbox"/> Adaptée (précisez) :		
Quel est l'horaire de fréquentation habituel de l'enfant :				
1. école : hre d'arrivée : h / hre de départ : h				
2. service de garde : arrivée le matin : h / départ en fin de journée : h / <input type="checkbox"/> l'enfant ne fréquente pas le service de garde				

Description des services particuliers offerts par l'école :

Titre de l'intervenant	Nombre d'hrs/sem	Environnement	<input type="checkbox"/> l'enfant ne bénéficie pas de services particuliers offerts par l'école
		<input type="checkbox"/> en classe <input type="checkbox"/> hors classe	
		<input type="checkbox"/> en classe <input type="checkbox"/> hors classe	

2. Historique et accompagnement

Votre enfant a-t-il déjà fréquenté un camp de jour ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (si non, passez à la section 4)	Quel site fréquentait-il?	Été le plus récent (année) :	Bénéficiait-il d'un accompagnement? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, précisez : (si non, passez à la section 4)			
Est-ce que ces changements ont eu un impact sur les comportements de l'enfant? <input type="checkbox"/> Impact positif <input type="checkbox"/> Impact négatif <input type="checkbox"/> Aucun impact Précisez :			

3. Statut du diagnostic de l'enfant (facultatif)

Votre enfant a-t-il <u>reçu</u> un diagnostic? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Votre enfant est-il <u>en attente</u> d'un diagnostic <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (si oui, inscrire les coordonnées du professionnel avec lequel vous avez amorcé des démarches pour établir un diagnostic dans la section 4)
---	---

4. Intervenant(s) de l'enfant (éducateur spécialisé, travailleur social, psychologue, etc.)

Intervenant(s)	CIUSSS de la Capitale-Nationale				
	Direction DI-TSA-DP	Direction Jeunesse (DJ)	Direction de la protection de la jeunesse (DPJ)	École (Précisez le nom)	Autre (Précisez)
Nom du professionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Titre					
Téléphone (incluant le numéro du poste) et <u>courriel</u>					
Nom du professionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Titre					
Téléphone (incluant le numéro du poste) et <u>courriel</u>					
<input type="checkbox"/> Aucun intervenant ne suit mon enfant.					

5. Nature des limitations de l'enfant

<input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle	<input type="checkbox"/> légère	<input type="checkbox"/> moyenne	<input type="checkbox"/> sévère
Précisez :			
<input type="checkbox"/> Trouble du spectre autistique (TSA)	<input type="checkbox"/> niveau 3 – besoin de soutien très important	<input type="checkbox"/> verbal	<input type="checkbox"/> non verbal
	<input type="checkbox"/> niveau 2 – besoin de soutien important		
	<input type="checkbox"/> niveau 1 – besoin de soutien		
<input type="checkbox"/> Trouble de la communication sociale			
<input type="checkbox"/> Déficience motrice	<input type="checkbox"/> fine	<input type="checkbox"/> globale	<input type="checkbox"/> fine et globale
Précisez :			
<input type="checkbox"/> Déficience visuelle	Précisez :		
<input type="checkbox"/> Déficience auditive	Précisez :		
<input type="checkbox"/> Trouble du langage et de la parole	<input type="checkbox"/> expression	<input type="checkbox"/> compréhension	<input type="checkbox"/> mixte
Précisez :			
<input type="checkbox"/> Trouble déficitaire de l'attention	<input type="checkbox"/> sans hyperactivité (TDA)	<input type="checkbox"/> avec hyperactivité (TDAH)	
Précisez :			
<input type="checkbox"/> Trouble de la santé mentale	Précisez :		
<input type="checkbox"/> Trouble du comportement	<input type="checkbox"/> Opposition	<input type="checkbox"/> Anxiété	<input type="checkbox"/> Agressivité <input type="checkbox"/> Passivité
<input type="checkbox"/> Santé particulière (ex. : allergies sévères, épilepsie, diabète avec ou sans pompe...)	Précisez :		
<input type="checkbox"/> Peurs, phobies importantes	Précisez :		
<input type="checkbox"/> Autre	Précisez :		

6. Portrait des comportements de l'enfant

Est-ce que l'enfant adopte les comportements suivants?				
COMPORTEMENTS	FRÉQUEMMENT	PARFOIS	RAREMENT	JAMAIS
Mord	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frappe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bouscule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilise un langage inapproprié (insulte ou blasphème)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

COMPORTEMENTS (suite)	FRÉQUEMMENT	PARFOIS	RAREMENT	JAMAIS
Opposition aux consignes et aux règles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'éloigne du groupe (fugue)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brise le matériel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intolérance au bruit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Éveil sexuel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficulté avec les transitions d'activités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficulté à gérer les situations imprévues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficulté à déroger de ses routines ou rituels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inconfort tactile (n'aime pas être touché)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fatigue excessive après un effort jugé normal pour un enfant de son âge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Interventions privilégiées

De quelle façon doit-on intervenir en présence de l'un de ces comportements?

8. 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)	<input type="checkbox"/>				
Hygiène personnelle (ex. : toilette) Culotte de protection : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Précisez :	<input type="checkbox"/>				
Alimentation (ex. : repas et collation) Précisez :	<input type="checkbox"/>				
Gérer ses effets personnels (ex. : boîte à lunch, sac à dos, etc.)	<input type="checkbox"/>				
Rester avec le groupe	<input type="checkbox"/>				
Éviter les situations dangereuses (conscience du danger)	<input type="checkbox"/>				
2. Participation aux activités					
Stimulation à la participation	<input type="checkbox"/>				
Interaction avec les adultes	<input type="checkbox"/>				
Interaction avec les autres enfants	<input type="checkbox"/>				
Fonctionnement en groupe	<input type="checkbox"/>				
Activité de motricité fine (bricolage, manipulations, insertions, etc.)	<input type="checkbox"/>				
Activité de motricité globale (sports, jeux psychomoteurs, ballon, etc.)	<input type="checkbox"/>				
Baignade	<input type="checkbox"/>				

SITUATIONS (suite)	Aide constante	Aide fréquente	Aide ponctuelle	Supervision verbale	Aucune aide
3. Communication					
Compréhension des consignes	<input type="checkbox"/>				
Se faire comprendre	<input type="checkbox"/>				
4. Déplacement (Si l'enfant se déplace en fauteuil roulant, passez à la question suivante)					
Marche en terrain accidenté	<input type="checkbox"/>				
Marche sur de longues distances	<input type="checkbox"/>				
Escaliers	<input type="checkbox"/>				
Autobus	<input type="checkbox"/>				

8. Évaluation du niveau de soutien nécessaire (suite)			
Lors des situations de vie énoncées, l'enfant a besoin :			
SITUATIONS	Oui	Non	Précisez
5. Aide à la mobilité			
Utilisation d'un fauteuil roulant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Utilisation d'une marchette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Utilisation d'une canne ou de béquilles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Aide à la communication			
Utilisation de pictogrammes, tableau, ordinateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Langage des signes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gestes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

9. 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 :)

10. 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 (précisez en commentaire)

Commentaires :

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. 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 parent/tuteur de l'enfant a rempli un formulaire contenant plusieurs renseignements sur les besoins de l'enfant. Votre expertise est essentielle, car elle apporte plusieurs renseignements pertinents au sujet de 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 programme¹ 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)	<input type="checkbox"/>					
Sécurité (fait le choix de comportements qui assure la sécurité à lui-même, assure la sécurité des autres enfants et des adultes)	<input type="checkbox"/>					
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)	<input type="checkbox"/>					
Communications <u>Expression</u> : Être en mesure de s'exprimer (communication verbale ou non verbale, utilisation d'outils ou de signes, capacité à verbaliser ses émotions) <u>Compréhension</u> : Être en mesure de comprendre (comprend les adultes quand ils lui parlent, comprend les consignes et les limites) <u>Interaction</u> : 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)	<input type="checkbox"/>					
Jeux structurés (attend son tour, se concentre pour pratiquer une activité durant 15 à 45 minutes, selon l'âge)	<input type="checkbox"/>					
Jeux sportifs (sait gérer l'esprit de compétition, respecte les consignes, sa motricité globale est suffisante pour jouer au rythme du groupe)	<input type="checkbox"/>					
Bricolages (en mesure de suivre un modèle, sa motricité fine lui permet d'utiliser du matériel spécialisé – ciseau, colle, etc.)	<input type="checkbox"/>					
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?)	<input type="checkbox"/>					

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 : https://www.ville.quebec.qc.ca/citoyens/loisirs_sports/camps-de-jour/index.aspx

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)	<input type="checkbox"/>					
Sorties (prend l'autobus, visite de nouveau environnement, changement de la routine)	<input type="checkbox"/>					
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)	<input type="checkbox"/>					

Dans le cas d'une désorganisation	
Comportements observables (fréquence, intensité, durée)	Interventions à privilégier

Accommodements à mettre en place
<p>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...)</p>

Recommandations pour les services estivaux	
1. Une aide ponctuelle sans accompagnement serait suffisante :	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (si oui, passez à la question 4)
2. L'enfant doit obtenir un accompagnement selon le ratio suivant : (avoir en tête que l'enfant participe à des activités d'un camp de jour dans un groupe régulier et que l'accompagnement est réalisé par un étudiant de 15 ans et plus)	<input type="checkbox"/> 1 accompagnateur / 1 enfant intégré dans un groupe <input type="checkbox"/> 1 accompagnateur / 2 enfants intégrés dans un même groupe <input type="checkbox"/> 1 accompagnateur sur le site / 3 enfants intégrés dans différents groupes <input type="checkbox"/> Autre, précisez :
3. L'accompagnement idéal serait réalisé par :	<input type="checkbox"/> une femme <input type="checkbox"/> un homme <input type="checkbox"/> sans importance
4. L'enfant peut intégrer un groupe de :	<input type="checkbox"/> son âge <input type="checkbox"/> plus jeune <input type="checkbox"/> 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 de la Ville de Québec.	
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 **1^{er} avril au plus tard.**

13. Quels sont les forces et les intérêts de l'enfant?

14. 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?	
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
Si oui, quelle(s) activité(s)?	
Et auprès de quelle(s) organisation(s)?	
Durant ces activités, bénéficiait-il d'un accompagnement	Si oui, selon quel ratio d'accompagnement (animateur/enfant)
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> 1/1 <input type="checkbox"/> 1/2 <input type="checkbox"/> 1/3 <input type="checkbox"/> Autre :

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.
Horaire de fréquentation prévu (heures d'arrivée et départ prévus)
Dates prévues de vacances

Commenté [DN(L1): Pertinence avec l'inscription à la semaine ?

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 <i>Programme d'intégration pour les enfants ayant des besoins particuliers aux camps de jour de la Ville de Québec.</i>	
2. 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.	
3. 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.	
4. J'autorise les personnes directement impliquées dans la gestion du <i>Programme d'intégration</i> à contacter les personnes-ressources dont les coordonnées sont mentionnées dans ce formulaire, et ce, afin d'obtenir des renseignements complémentaires.	
5. 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.	
6. Je m'engage à respecter la décision du comité d'analyse.	
7. 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 **1^{er} avril au plus tard.**

Liste des organismes gestionnaires de camp de jour de la Ville de Québec – Site Internet

Arrondissement de Beauport

Pivot (Le) - www.lepivot.org

Arrondissement de Charlesbourg

Loisirs Bourassa (Les) - www.loisirsbourassa.com

Loisirs Bourg-Royal - www.loisirsbourgroyal.com

Loisirs de St-Rodrigue - www.loisirsstrodrique.ca

Loisirs BRIO – www.loisirsdujardin.com

Loisirs du Trait-Carré - www.loisirstraitcarre.com

Patro de Charlesbourg - www.patrocharlesbourg.net

Arrondissement de La Cité–Limoilou

Centre communautaire Jean-Guy Drolet - www.cjgd.ca

Centre des loisirs St-Sacrement - www.clss.qc.ca

Centre Mgr-Marcoux - www.centremgrmarcoux.com

Loisirs du Faubourg - www.loisirsdufaubourg.com

Loisirs Montcalm (Les) - www.loisirsmontcalm.qc.ca

Patro Laval - www.patrolaval.com

Patro Roc-Amadour - www.patro.roc-amadour.qc.ca

Société du Domaine Maizerets - www.domainemaizerets.com

YMCA du Québec (Les) - www.ymcaquebec.org

Arrondissement de La Haute-Saint-Charles

Loisirs des Hauts-Sentiers - www.ldhs.ca

Loisirs-Action Val-Bélair - www.lavb.ca

Sports-Loisirs L'Ormière - www.sllormiere.ca

Arrondissement des Rivières

Loisirs Duberger-Les Saules - www.loisirsduburgerlessaules.com

Loisirs et Sports Neufchâtel - www.lsneufchatel.qc.ca

Loisirs Lebourgneuf - www.loisirslebourgneuf.net

Loisirs Vanier - www.loisirsvanier.org

Sports-Loisirs L'Ormière - www.sllormiere.ca

Arrondissement Sainte-Foy–Sillery–Cap-Rouge

Camp école Kéno - www.campkeno.com