

FORMULAIRE ENFANT AYANT DES BESOINS PARTICULIERS

Pour nous permettre de mieux accompagner votre enfant durant son passage au camp de jour Horizon, nous vous demandons de remplir ce formulaire. C'est un document confidentiel. Veuillez noter que ce document ne donne pas automatiquement accès à un accompagnement durant le camp. L'administration du camp de jour Horizon évaluera chaque dossier et informera chaque parent de sa décision dans un délai de deux semaines suivant la réception de ce document.

1. Renseignements sur l'identité de l'enfant et son responsable

Nom de l'enfant		Prénom	
Nom du parent ou du responsable	Prénom	Lien avec l'enfant	
L'enfant fréquente présentement l'école ? Oui Non	Si oui, quel est le nom de son école ?		
Si oui, est-il dans une classe régulière? Oui Non	S'il ne fréquente pas une classe régulière, quel est le ratio d'encadrement de sa classe? intervenant(s) / enfants		
L'enfant a-t-il un plan d'intervention à l'école ? Oui Non			
Nom de l'intervenant/e au CLSC :		Adresse courriel de l'intervenant/e :	
Téléphone de l'intervenant/e au CLSC :		Institution de l'intervenant/e :	

2. Historique d'accompagnement

Votre enfant a-t-il fréquenté un camp de jour l'été passé?		Si oui, avec quel organisme?	
Oui Non			
Bénéficiait-il d'un accompagnement ? Oui Non		Si oui, selon quel ratio d'accompagnement (animateur/enfant) ?	
		1/11/2	1/3 Autre :

3. Statut du diagnostic de l'enfant

Votre enfant est-il <u>en attente</u> d'un diagnostic? Oui Non	
(si oui, aux lignes suivantes, inscrire les coordonnées du professionnel avec lequel vous avez amorcé des démarches pour établir un diagnostic)	
Nom du professionnel	Organisation
Titre du professionnel	Téléphone (incluant le numéro du poste)
Votre enfant a-t-il <u>reçu</u> un diagnostic? Oui Non	



4. 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"/> Autisme et troubles envahissants du développement (TED)	<input type="checkbox"/> asperger	<input type="checkbox"/> TED non spécifié	<input type="checkbox"/> autisme (TSA)
Précisez :			
<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
<input type="checkbox"/> Trouble déficitaire de l'attention	<input type="checkbox"/> sans hyperactivité (TDA)	<input type="checkbox"/> avec hyperactivité (TDAH)	
<input type="checkbox"/> Trouble de la santé mentale	Précisez :		
<input type="checkbox"/> Trouble du comportement	Opposition	Anxiété	Agressivité Passivité
<input type="checkbox"/> Santé particulière (ex. : allergies sévères, épilepsie, diabète)	Précisez :		
<input type="checkbox"/> Peurs, phobies importantes	Précisez :		

5. Évaluation de l'attitude et des comportements de l'enfant

Est-ce que l'enfant adopte les comportements suivants ?

<input type="checkbox"/>	FRÉQUEMMENT	PARFOIS	RAREMENT	JAMAIS
COMPORTEMENTS				
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				

6. 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 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)					
2. 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					
3. Communication					
Compréhension des consignes					
Se faire comprendre					
4. 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					



7. Évaluation du degré de supervision (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"/>	
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"/>	

8. Y a-t-il d'autres renseignements importants à connaître afin de mettre en place, pour l'enfant, des mesures pour :

<input type="checkbox"/> - faciliter son autonomie	Précisez :
<input type="checkbox"/> - faciliter sa participation	Précisez :
<input type="checkbox"/> - limiter ou contrôler des situations de désorganisation	Précisez :

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

--

10. 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 ? Précisez :
Oui Non

Durant ces activités, bénéficiait-il d'un accompagnement? Oui Non	Si oui, selon quel ratio d'accompagnement (animateur/enfant)? 1/1 1/2 1/3 Autre :
--	---



Autorisations et signature du répondant

*** Veuillez apposer vos initiales dans la case après chaque affirmation. ***

Je reconnais avoir pris connaissance des objectifs du «Formulaire des enfants ayant des besoins particuliers» au camp de jour Horizon.	
Je déclare que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont exacts et complets. <u>Dans le cas contraire, la direction du Camp de jour Horizon se réserve le droit de considérer la demande non admissible.</u>	
Je confirme que le bien-être de mon enfant a été pleinement considéré au moment de remplir le formulaire.	

J'autorise les personnes directement impliquées dans la gestion du Camp de jour Horizon à échanger des informations entre-elles et à contacter les personnes ressources dont les coordonnées sont mentionnées dans ce formulaire, et ce, afin d'obtenir des renseignements complémentaires.	
Je m'engage à informer le personnel de tout changement pouvant avoir un impact sur la participation et l'autonomie de mon enfant au camp de jour.	
Je m'engage à collaborer avec le personnel dès que celui-ci en fait la demande.	
Signature	Date
Nom en lettre majuscules	Lien avec l'enfant

Nos partenaires :