

FORMULAIRE D'ÉVALUATION DES BESOINS DE L'ENFANT

Guide des demandes d'accompagnement un pour un

Le formulaire doit être transmis à municipalité le **30 mai au plus tard**. Pour que la demande d'accompagnement soit admissible, elle doit être remplie lisiblement et toutes les questions doivent être répondues.

1. 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 15 avril 2024) ans	Courriel
Parent 1 — Nom du parent ou du responsable	Prénom		Lien avec l'enfant
Téléphone (résidence)	Téléphone (cellulaire)		Sexe de l'enfant F M
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"/> 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 Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Si oui, quel est le nom de son école		
Si oui, est-il dans une classe régulière non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Quels sont les services offerts par l'école (ex. : heures TES en 1/1, ratio classe plus petit) : Service : Fréquence :		

2. Historique d'accompagnement

Votre enfant a-t-il fréquenté un camp de jour l'été passé ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (si oui, répondre aux questions de la colonne de droite)	Bénéficiat-il d'un accompagnement ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Y a-t-il eu des changements significatifs dans sa vie depuis l'été passé ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, précisez :	

3. 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

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

Intervenant(s)	CIUSSS de Chaudière-Appalaches			Commission scolaire _____	
	Direction DI-TSA-DP	Direction Jeunesse (DJ)	Direction de la protection de la jeunesse (DPJ)	École (précisez)	Autre (précisez)
Nom du professionnel					
Titre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Téléphone (incluant le numéro du poste)					

Nom du professionnel					
Titre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Téléphone (incluant le numéro du poste)					
Aucun intervenant ne suit mon enfant : <input type="checkbox"/>					

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"/> autisme léger <input type="checkbox"/> autisme de haut niveau <input type="checkbox"/> asperger <input type="checkbox"/> TED non spécifié	<input type="checkbox"/> autisme moyen	<input type="checkbox"/> autisme sévère
<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)	Précisez :		
<input type="checkbox"/> Peurs, phobies importantes	Précisez :		
<input type="checkbox"/> Autre	Précisez :		

6. 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	<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"/>
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. 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 :)

9. Participation de l'enfant à d'autres activités de loisir pendant l'année

Votre enfant participera-t-il aux sorties à l'extérieur du camp de jour ?

Non Oui

- Si oui, y'a-t-il des éléments à savoir pour la sécurité de l'enfant et des autres membres du camp de jour ?

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 :

10. Évaluation du degré de supervision

Lors des situations de vie énoncées, l'enfant a besoin :

SITUATIONS	1. Aide constante	2. Aide fréquente	3. Aide ponctuelle	4. Supervision verbale	5. Aucune aide
1. Autonomie					
Habillement [ex. : se vêtir, attacher ses souliers]	<input type="checkbox"/>				
Hygiène personnelle [ex. : toilette] Précisez :	<input type="checkbox"/>				
Alimentation [ex. : repas et collation]	<input type="checkbox"/>				
Prise de médicaments	<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"/>				

10. Évaluation du degré de supervision : suite

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"/>				
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"/>				

10. Évaluation du degré de supervision : suite

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"/>	

11. Recommandation d'un intervenant**CETTE SECTION DOIT ÊTRE REMPLIE UNIQUEMENT PAR UN INTERVENANT**

(CIUSSS, ÉCOLE, ORGANISME GESTIONNAIRE DE CAMP, ETC.)

Message destiné à l'intervenant

Au moment de réaliser une demande d'évaluation des besoins, 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.

Identification de l'enfant

Nom de l'enfant

Site de camp de jour

Diagnostic**Recommandations pour les services estivaux**

1. une aide ponctuelle sans accompagnement serait suffisante : Non Oui
2. l'enfant doit obtenir un accompagnement selon le ratio suivant :
(si oui, passez à la question 4)
3. l'accompagnement idéal serait réalisé par : 1/1 1/2 1/3
4. l'enfant peut intégrer un groupe de : Autre, précisez :
5. l'enfant peut intégrer un groupe de :
- une femme un homme
- sans importance
- son âge plus jeune
- plus vieux

Signature de l'intervenant

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 15 avril au plus tard.

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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Déplacements (suivre un groupe, faire un rang, marcher plusieurs minutes, terrain pouvant être accidenté)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Jeux sportifs (gérer l'esprit de compétition, respecter les consignes, motricité globale)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bricolages (suivre un modèle, motricité fine, utiliser du matériel spécialisé – ciseaux, colle, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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 ?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Piscine (se changer de vêtements, piscine bondée, éclaboussures, beaucoup de bruit, gestion des objets personnels)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sorties (prendre l'autobus, visiter un nouvel environnement, bruit, changement de la routine)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Quotidien au camp de jour (bouleversement à l'horaire, changement de moniteur ou d'accompagnateur, intégration dans un groupe de 10 à 20 enfants)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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

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

13. Consentements, autorisations et signature du répondant	
<i>*** Veuillez lire attentivement chaque affirmation et apposer vos initiales dans la case prévue à cette fin. ***</i>	
1. Je comprends que pour une raison de santé et de sécurité, la municipalité pourrait ne pas être en mesure d'offrir le service de terrain de jeux à mon enfant pour la période estivale 2024.	
2. Je déclare que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont complets. Dans le cas contraire, la direction du camp de jour 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 camp de jour à contacter les personnes-ressources dont les coordonnées sont mentionnées aux sections 4 et 11 de 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 aux sections 4 et 11 de 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

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT AU PARTAGE ET À LA COMMUNICATION DES RENSEIGNEMENTS SUR L'ENFANT

CONSENTEMENT AU PARTAGE DE CERTAINS RENSEIGNEMENTS DE SANTÉ CONCERNANT MON(MES) ENFANT(S)

Je soussigné(e), _____, parent de _____,

donne l'autorisation _____ (Initiales)

refuse l'autorisation _____ (Initiales)

aux personnels suivants, coordonnateurs du terrain de jeux de Val-Alain, d'accéder aux renseignements et aux documents contenus dans le dossier SCOLAIRE et MÉDICAL de mon enfant lorsque ces renseignements et ces documents sont nécessaires pour assurer la sécurité de mon(mes) enfant(s) durant le camp de jour :

• Les médecins et les autres professionnels de la santé et des services sociaux (tels que les infirmières, les travailleurs sociaux, etc.) du/de la _____ dans laquelle mon médecin exerce.

• Les professeurs et les autres membres du personnel de l'école _____ dans laquelle mon(mes) enfant(s) est inscrit.

Le présent consentement est valide tant et aussi longtemps que j'aurai recours aux services de jeux de Val-Alain pour mon(mes) enfant(s). Je comprends également que je peux le retirer par écrit en tout ou en partie, et ce, en tout temps. Je reconnais avoir lu et compris l'information présentée dans ce formulaire et avoir obtenu, le cas échéant, les explications nécessaires à sa compréhension. L'inscription au terrain de jeux est conditionnelle à la remise dument complétée de ce document aux responsables du terrain de jeux.

Personne assurée Mère ou père Tuteur Mandataire Curateur

Signature

| A | A | A | A | M | M | J | J |
Date

Le formulaire doit être transmis à la directrice des loisirs de jour le 28 **mai au plus tard**