

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION :

Demande reçue le :

Heure :

DEMANDE D'ADMISSIBILITÉ AU PROGRAMME D'ACCOMPAGNEMENT



ANNEXE 1 (À compléter par le parent)

Formulaire d'évaluation des besoins de l'enfant **(CECI N'EST PAS UNE INSCRIPTION)**

1. Identification de l'enfant

| | |
|--|---------------------------|
| Prénom et nom : _____ | Date de naissance : _____ |
| Sexe F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> | Âge : _____ |

2. Identification des parents

| Mère | Père | Tuteur | Mère | Père | Tuteur | Même adresse |
|--------------------------|------|--------|--------------------------|------|--------|--------------|
| Nom et prénom : _____ | | | Nom et prénom : _____ | | | |
| Adresse : _____ _____ | | | Adresse : _____ _____ | | | |
| Téléphone rés. : _____ | | | Téléphone rés. : _____ | | | |
| Téléphone autre : | | | Téléphone autre : | | | |
| Courriel : _____ | | | Courriel : _____ | | | |

3. Diagnostic :

Est-ce qu'un diagnostic a été effectué par un professionnel de la santé ? Oui Non

Si oui, lequel :

Si non, votre enfant est-il en attente d'un diagnostic ? Oui Non

Diagnostic envisagé :

4. Expériences antérieures :

Votre enfant a-t-il déjà vécu des expériences de camp de jour ? Oui Non

Si oui, dernière année de fréquentation :

5. Besoins en accompagnement :

Est-il possible de jumeler l'enfant avec un autre jeune ? Oui Non

* Semaines demandées (inscrire le # de priorité dans l'encadré) <

#1 (24 juin au 28 juin)

#4 (15 au 19 juillet)

#6 (29 au 2 août)

#2 (1er au 5 juillet)

#5 (22 au 27 juillet)

#7 (5 au 9 août)

#3 (8 au 12 juillet)

L'enfant aura besoin du service de garde ? Matin Soir Les 2 Aucun

* Le nombre de semaine d'accompagnement variera entre 1 et 5 semaines, selon la capacité d'accueil et les ressources disponibles.

6. Pour mieux connaître les besoins de votre enfant

| | |
|--|---|
| Type d'incapacité <input type="checkbox"/> Auditive <input type="checkbox"/> Visuelle <input type="checkbox"/> Anxiété <input type="checkbox"/> Intellectuelle <input type="checkbox"/> Trouble du langage <input type="checkbox"/> Opposition <input type="checkbox"/> Motrice <input type="checkbox"/> Trouble dans le spectre de l'autisme (TSA) <input type="checkbox"/> Trouble du déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH) Autres – spécifiez : _____ Précisions sur l'incapacité : _____ | |
| Communication Langage utilisé : <input type="checkbox"/> Parlé <input type="checkbox"/> Non verbal <input type="checkbox"/> Gestuel <input type="checkbox"/> Un appareil de communication Précisez : _____ | Problèmes de santé particuliers Votre enfant a des problèmes de santé supposant une intervention particulière de l'accompagnateur : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, nature des problèmes : <input type="checkbox"/> Gavage <input type="checkbox"/> Problème cardiaque <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Problème respiratoire grave <input type="checkbox"/> Épilepsie <input type="checkbox"/> Allergie sévère <input type="checkbox"/> Autres : _____ Actions requises : _____ |
| Votre enfant se fait comprendre <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Votre enfant comprend <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Précisez : _____ | Problèmes de comportement Votre enfant a des problèmes de comportement <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, nature des problèmes : <input type="checkbox"/> Agressivité envers lui-même <input type="checkbox"/> Opposition régulière <input type="checkbox"/> Agressivité envers les autres <input type="checkbox"/> Problème de fugue <input type="checkbox"/> Opposition occasionnelle <input type="checkbox"/> Anxiété Autres : _____ Précisez : _____ |
| Alimentation Votre enfant a besoin d'aide pour : Manger <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Boire <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Diète spéciale <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Problèmes rencontrés : _____ | Interventions particulières de l'accompagnateur Interventions requises par l'accompagnateur : <input type="checkbox"/> Rappel des consignes <input type="checkbox"/> Stimulation à la participation <input type="checkbox"/> Aide à l'orientation <input type="checkbox"/> Assistance pour aller chercher du matériel ou de la nourriture <input type="checkbox"/> Aide au transfert (fauteuil roulant) Autres : _____ |
| Habillage Votre enfant a besoin d'aide pour s'habiller : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Précisez : _____ | Médication Votre enfant prend-il un ou des médicament(s) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, spécifiez le nom du ou des médicaments et le ou les motifs : _____ _____ Votre enfant peut prendre son ou ses médicaments sans aide : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Déplacements Votre enfant se déplace : À l'intérieur <input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> Avec aide À l'extérieur <input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> Avec aide En fauteuil roulant <input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> Avec aide <input type="checkbox"/> N/A Autres appareils <input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> Avec aide Précisez : _____ | |
| Soins personnels Votre enfant a besoin d'aide pour : <input type="checkbox"/> Hygiène personnelle <input type="checkbox"/> Aller aux toilettes <input type="checkbox"/> Incontinence Autres : _____ Précisez : _____ | |

7. Selon vous, de quelle façon l'enfant pourra faire ou participer aux éléments suivants :

| Éléments | Facilement | +/- | Difficilement | Ne pourra pas | Suggestions / recommandations |
|---|------------|-----|---------------|---------------|-------------------------------|
| | | | | | |
| Autonomie et sécurité | | | | | |
| Aller aux toilettes (essuyer) | | | | | |
| Attacher ses lacets de chaussures | | | | | |
| Changer sa protection (couche, pull-up) | | | | | |
| Communiquer ses besoins, ses émotions | | | | | |
| Effectuer ses soins personnels (laver les mains, visage) | | | | | |
| Éviter de se mettre en situation de danger | | | | | |
| Gérer ses effets personnels | | | | | |
| S'alimenter (manger, boire) | | | | | |
| S'habiller | | | | | |
| Participation et intégration | | | | | |
| Attraper un ballon | | | | | |
| Comprendre les consignes | | | | | |
| Courir pendant une certaine période | | | | | |
| Être dans une foule | | | | | |
| Gérer les imprévus | | | | | |
| Interagir avec les autres enfants | | | | | |
| Interagir avec les moniteurs | | | | | |
| Jouer à des jeux d'équipe | | | | | |
| Participer aux activités aquatiques | | | | | |
| Participer aux activités nécessitant la motricité globale | | | | | |
| Participer aux activités nécessitant la motricité fine | | | | | |

| | | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|--|
| | Se déplacer (prendre l'autobus, changement d'environnement) | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|--|

8. Autres informations pertinentes à savoir au sujet de votre enfant :

Pour tout autre information pertinente au sujet de votre enfant, veuillez ajouter une page au besoin.

Signature : _____

Date : _____