 **FORMULAIRE D’ÉVALUATION DES BESOINS DE L’ENFANT**

Programme d’intégration pour les enfants ayant des besoins particuliers aux camps de jour

|  |
| --- |
| Pour que la demande d’accompagnement soit évaluée par le comité, tous les renseignements demandés doivent être fournis par le répondant de l’enfant. Le formulaire doit être transmis à l’organisme offrant le camp de jour le **1er avril au plus tard**. Il est de la responsabilité du responsable de l’enfant de prendre connaissance du Programme d’intégration du PVE, notamment des critères d’admissibilité (lieu de résidence, âge, ...). |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1. Renseignements relatifs à la demande (à compléter par le répondant de l’enfant)** | | |
| Site désiré n°1 | Organisme gestionnaire | Groupe d’âge désiré |
| Site désiré n°2 | Organisme gestionnaire |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **2. Renseignements sur l’identité de l’enfant et son responsable** | | | | | | | | |
| Nom de l’enfant | | | | Prénom | | | | |
| Adresse principale (numéro, rue, appartement) | | | | | | | | |
| Ville | | | Province | Code postal | | Téléphone (résidence) | | |
| Date de naissance (aaaa-mm-jj) | | | | Âge (au 24 juin)  ans | | | | Sexe  F  M |
| Nom du parent ou du responsable | Prénom | | | | | | Lien avec l’enfant | |
| Téléphone (résidence) | Téléphone (cellulaire) | | | | | | Courriel | |
| L’enfant habite avec  ses deux parents  papa  maman  autre (précisez) : | | | | | L’enfant a une sœur ou un frère qui sera aussi inscrit au camp de jour :  Non  Oui Si oui, quel est l’âge de cet (ces) enfant(s) : | | | |
| L’enfant fréquente présentement l’école  Non  Oui | | Si oui, quel est le nom de son école | | | | | | |
| Si oui, est-il dans une classe régulière  Non  Oui | | S’il ne fréquente pas une classe régulière, quel est le ratio d’encadrement de sa classe  intervenant(s) **/** enfants | | | | | | |

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

|  |  |
| --- | --- |
| **4. Statut du diagnostic de l’enfant** | |
| **Votre enfant est-il en attente d’un diagnostic**  Non  Oui  (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 reçu un diagnostic**  Non  Oui | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **5. Ressources de l’enfant** (intervenant, psychologue, éducateur spécialisé, travailleur social, …) | | | | | | |
| Il est important d’inscrire le nom et les coordonnées complètes des intervenants qui suivent **ACTUELLEMENT** votre enfant. Si votre enfant n’est suivi par un intervenant qui travaille pour le CIUSSS (CRDIQ, IRDPQ, CSSS), faire remplir **l’annexe 2** par cet intervenant. Si l’enfant fréquente régulièrement les activités de l’organisme gestionnaire du camp de jour, un responsable de cet organisme peut remplir l’annexe 2. | | | | | | |
| **Intervenant(s)** | CRDIQ | IRDPQ | CSSS Vieille Cap. | CSSS  QC Nord | Autre  (précisez) | École  (précisez) |
| Nom du professionnel |  |  |  |  |  |  |
| Titre |
| Téléphone (incluant le numéro du poste) |
| Nom du professionnel |  |  |  |  |  |  |
| Titre |
| Téléphone (incluant le numéro du poste) |
| Mon enfant n’est suivi par aucun intervenant | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **6. Nature des limitations de l’enfant** | | | | | | | |
|  | Déficience intellectuelle | légère | | moyenne | | sévère | |
| Précisez : | | | | | |
|  | Autisme et troubles envahissants du développement (TED) | asperger | | TED non  spécifié | | autisme (TSA) | |
| Précisez : | | | | | |
|  | Déficience motrice | fine | | globale | | fine et globale | |
| Précisez : | | | | | |
|  | Déficience visuelle | Précisez : | | | | | |
|  | Déficience auditive | Précisez : | | | | | |
|  | Trouble du langage et de la parole | expression | | compréhension | | mixte | |
| Précisez : | | | | | |
|  | Trouble déficitaire de l’attention | sans hyperactivité (TDA) | | | avec hyperactivité (TDAH) | | |
| Précisez : | | | | | |
|  | Trouble de la santé mentale | Précisez : | | | | | |
|  | Trouble du comportement | Opposition | Anxiété | | Agressivité | | Passivité |
|  | Santé particulière  (ex. : allergies sévères, épilepsie, diabète) | Précisez : | | | | | |
|  | Peurs, phobies importantes | Précisez : | | | | | |
|  | Autre | Précisez : | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **7. 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 |  |  |  |  |
| 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 |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **8. Interventions privilégiées** |
| De quelle façon doit-on intervenir en présence de l’un de ces comportements ? |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **9. 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) |  |  |  |  |  |
| 1. **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 |  |  |  |  |  |
| 1. **Communication** |  |  |  |  |  |
| Compréhension des consignes |  |  |  |  |  |
| Se faire comprendre |  |  |  |  |  |
| 1. **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 |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **9. Évaluation du degré de supervision (suite)** | | | |
| Lors des situations de vie énoncées, l’enfant a besoin : | | | |
| **SITUATIONS** | **Oui** | **Non** | **Précisez** |
| 1. **Aide à la mobilité** |  |  |  |
| Utilisation d’un fauteuil roulant |  |  |  |
| Utilisation d’une marchette |  |  |  |
| Utilisation d’une canne ou de béquilles |  |  |  |
| 1. **Aide à la communication** |  |  |  |
| Utilisation de pictogrammes, tableau, ordinateur |  |  |  |
| Langage des signes |  |  |  |
| Gestes |  |  |  |

|  |
| --- |
| **10. 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 (9h à 16h), sortie à l’extérieur du site de camp, …) ?** |
| Non  Oui (si oui, précisez :) |

|  |  |
| --- | --- |
| **11. Y’a-t-il d’autres renseignements important 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. Quelles sont les forces et les intérêts de l’enfant ?** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **13. 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 ?  Non  Oui | Précisez : |
| 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 : |

|  |
| --- |
| **Renseignements importants** |
| **HORAIRE DE FRÉQUENTATION DE L’ENFANT**  L’horaire régulier du camp de jour est de 9 h à 16 h. Tous les sites offrent un service de surveillance animée (service de garde) avant et après l’horaire régulier.  Le Programme d’intégration pour les enfants ayant des besoins particuliers permet à votre enfant d’avoir un accompagnement durant l’horaire régulier ainsi que durant la surveillance animée. Toutefois, il se peut que la personne qui accompagne votre enfant ne soit pas la même en tout temps.  Une grille horaire des périodes de fréquentation est disponible en **annexe 1** du présent formulaire. **Veuillez la remplir à la demande de l’organisme.**  **DÉCISION DU COMITÉ D’ANALYSE DES DEMANDES**  Il revient au comité d’analyse des demandes de :  - décider si la demande d’accompagnement est justifiée et si un accompagnement est requis;  - décider du ratio d’accompagnement;  - dans la mesure du possible, d’offrir d’autres modalités d’accommodements lorsque l’accompagnement n’est pas approprié. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Autorisations et signature du répondant** | | |
| *\*\*\* Veuillez apposer vos initiales dans la case après chaque affirmation. \*\*\** | | |
| Je reconnais avoir pris connaissance des objectifs du Programme d’intégration pour les enfants ayant des besoins particuliers aux camps de jour | |  |
| Je déclare que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont exacts et complets. **Dans le cas contraire, le comité d’évaluation se réserve le droit de considérer la demande non admissible.** | |  |
| 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 Programme d’intégration 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 de ma présente demande les personnes ressources dont les coordonnées sont mentionnées dans ce formulaire. De plus, je m’engage à les autoriser à fournir des renseignements complémentaires pour permettre l’analyse de ma demande. | |  |
| Je m’engage à respecter la décision du comité d’évaluation. | |  |
| 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** | |

**ANNEXE 1**

**Programme d’intégration pour les enfants ayant des besoins particuliers aux camps de jour**

**Périodes de fréquentation de l’enfant au camp de jour**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SEMAINE 1** | **LUNDI** | **MARDI** | **MERCREDI** | **JEUDI** | **VENDREDI** | **TOTAL** **DE LA SEMAINE** |
| **Heure d’arrivée** | h | h | h | h | h |
| **Heure de départ** | h | h | h | h | h | **h** |
| ***Si les périodes de fréquentation inscrites pour la semaine 1 sont les mêmes pour tout l’été,***  ***ne rien inscrire pour les autres semaines.*** | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SEMAINE 2** | **LUNDI** | **MARDI** | **MERCREDI** | **JEUDI** | **VENDREDI** | **TOTAL** **DE LA SEMAINE** |
| **Heure d’arrivée** | h | h | h | h | h |
| **Heure de départ** | h | h | h | h | h | **h** |
| **SEMAINE 3** | **LUNDI** | **MARDI** | **MERCREDI** | **JEUDI** | **VENDREDI** | **TOTAL** **DE LA SEMAINE** |
| **Heure d’arrivée** | h | h | h | h | h |
| **Heure de départ** | h | h | h | h | h | **h** |
| **SEMAINE 4** | **LUNDI** | **MARDI** | **MERCREDI** | **JEUDI** | **VENDREDI** | **TOTAL** **DE LA SEMAINE** |
| **Heure d’arrivée** | h | h | h | h | h |
| **Heure de départ** | h | h | h | h | h | **h** |
| **SEMAINE 5** | **LUNDI** | **MARDI** | **MERCREDI** | **JEUDI** | **VENDREDI** | **TOTAL** **DE LA SEMAINE** |
| **Heure d’arrivée** | h | h | h | h | h |
| **Heure de départ** | h | h | h | h | h | **h** |
| **SEMAINE 6** | **LUNDI** | **MARDI** | **MERCREDI** | **JEUDI** | **VENDREDI** | **TOTAL** **DE LA SEMAINE** |
| **Heure d’arrivée** | h | h | h | h | h |
| **Heure de départ** | h | h | h | h | h | **h** |
| **SEMAINE 7** | **LUNDI** | **MARDI** | **MERCREDI** | **JEUDI** | **VENDREDI** | **TOTAL** **DE LA SEMAINE** |
| **Heure d’arrivée** | h | h | h | h | h |
| **Heure de départ** | h | h | h | h | h | **h** |
| **SEMAINE 8** | **LUNDI** | **MARDI** | **MERCREDI** | **JEUDI** | **VENDREDI** | **TOTAL** **DE LA SEMAINE** |
| **Heure d’arrivée** | h | h | h | h | h |
| **Heure de départ** | h | h | h | h | h | **h** |

**ANNEXE 2**

**Programme d’intégration pour les enfants ayant des besoins**

**particuliers aux camps de jour**

**Collecte de données pour les personnes ressources**

|  |
| --- |
| **\*\*\* À REMPLIR UNIQUEMENT PAR UN INTERVENANT \*\*\***  Si votre enfant est suivi par le CIUSSS (CRDIQ, IRDPQ, CSSS), avisez l’intervenant de votre enfant que vous déposez une demande au Programme d’intégration de la Ville de Québec.  L’intervenant remplira ce document et il le remettra directement au comité d’analyse. |

**Objectif de la collecte de données**

Au moment de réaliser une demande au *Programme d’intégration pour les enfants ayant des besoins particuliers aux camps de jour*, 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. Nous vous invitons donc à consulter le programme[[1]](#footnote-1) afin de vous familiariser avec les objectifs et la nature du service offert.

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Identification de l’enfant** | |
| **Nom de l’enfant** | **Site de camp de jour** |
| **Diagnostic** | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **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) | |  |  | |  |  |
| **Déplacements**  (suivre un groupe, faire un rang, marcher plusieurs minutes, terrain pouvant être accidenté) | |  |  | |  |  |
| **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) | |  |  | |  |  |
| **Jeux structurés**  (compréhension des règles du jeu/respect de consignes, attendre son tour, se concentrer pour pratiquer une activité durant 15 à 45 min. selon l’âge) | |  |  | |  |  |
| **Jeux sportifs**  (gérer l’esprit de compétition, respecter les consignes, motricité globale) | |  |  | |  |  |
| **Bricolages**  (suivre un modèle, motricité fine, utiliser du matériel spécialisé – ciseau, colle, …) | |  |  | |  |  |
| **Repas**  (demeurer assis au sol ou sur une table de pique-nique, autonomie, gestion de sa boîte à lunch : je manque quoi et dans quel ordre ?) | |  |  | |  |  |
| **Piscine**  (se changer de vêtements, piscine bondée, éclaboussures, beaucoup de bruit, gestion des objets personnelles) | |  |  | |  |  |
| **Sorties**  (prendre l’autobus, visiter un nouvel environnement, bruit, changement de la routine) | |  |  | |  |  |
| **Quotidien au camp de jour**  (bouleversement à l’horaire, changement de moniteur ou d’accompagnateur, intégration dans un groupe de 10 à 20 enfants) | |  |  | |  |  |
| **Désorganisation** | Comportements observables : | | | Interventions à faire : | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Recommandations** | | |
| Le camp de jour est le service estival qui convient à l’enfant. | | Non  Oui |
| Si oui, : | - une aide ponctuelle sans accompagnement serait suffisante : | Non  Oui |
|  | - l’enfant doit obtenir un accompagnement selon le ratio suivant : | 1/1  1/2  1/3  Autre : |
|  | - l’accompagnement idéal serait réalisé par : | une femme  un homme  sans importance |
|  | - l’enfant peut intégrer un groupe de : | son âge  plus jeune  plus vieux |

|  |
| --- |
| 1. **Commentaires pour soutenir vos recommandations** *(utiliser le verso au besoin)* |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Intervenant** | |
| **Nom** | **Titre** |
| **Organisation** | **Téléphone** |

**Ce document doit être remis en même temps que le**

**« Formulaire d’évaluation des besoins de l’enfant » à l’organisme offrant le camp de jour**

**le 1er avril au plus tard.**

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 : <http://www.ville.quebec.qc.ca/citoyens/loisirs_sports/programmation_loisirs/pve/> [↑](#footnote-ref-1)