

FORMULAIRE

PROGRAMME D'INTÉGRATION DES ENFANTS AYANTS DES BESOINS PARTICULIERS DURANT LE CAMP DE LA RELÂCHE SCOLAIRE 2021

Veillez remplir ce formulaire seulement à la demande de l'organisme ou bien si votre enfant n'a pas bénéficié du programme d'accompagnement de la Ville Québec à l'été 2020 (peu importe l'organisme). Le responsable de l'enfant doit prendre connaissance des modalités du *Programme d'intégration des enfants ayant des besoins particuliers durant le camp de la relâche scolaire 2021*, notamment pour connaître les critères d'admissibilité. Le formulaire doit être transmis à l'organisme au plus tard le 31 janvier 2021. Pour que la demande de soutien soit admissible, elle doit être remplie lisiblement et toutes les questions doivent être répondues.

1. IDENTIFICATION

a) Le participant :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone (résidence) :

Âge :

Sexe :

Précisez la nature de la déficience de la personne participant au programme :

Intellectuelle;

Visuelle;

Motrice;

Auditive;

Psychique (santé mentale);

Multidéficience;

Autisme et autres TSA (trouble du spectre de l'autisme)

Autres, précisez :

b) Le parent, ou le répondant

Nom :

Prénom :

Téléphone (résidence) :

Téléphone (bureau) :

En cas d'urgence, prévenir :

Nom et prénom :

Téléphone :

La personne ayant une déficience utilise-t-elle un moyen pour compenser son handicap (une prothèse, une orthèse, un fauteuil roulant, etc.?) :

2. ÉVALUATION DES MESURES À METTRE EN PLACE POUR FACILITER LA PARTICIPATION DU PARTICIPANT PRÉSENTANT UNE DÉFICIENCE DANS LES ACTIVITÉS RÉGULIÈRES

2.1 Évaluation du degré d'aide ou d'attention :
LE PARTICIPANT A BESOIN D'UNE AIDE
OU D'UNE ATTENTION

	CONSTANTE	OCCASIONNELLE	JAMAIS
Sur le plan de :			
L'autonomie			
- Habillement (ex. : se vêtir)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Hygiène générale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Hygiène personnelle (ex. : incontinence, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Alimentation (repas et collation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Prise de médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Fauteuil roulant électrique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Fauteuil roulant standard (se propulse seul)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	—	—	—
La communication			
- Communication avec les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Compréhension des consignes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Rappel des règles et des consignes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Expression de ses besoins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres			
- Fonctionnement en groupe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Surveillance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Connaissance du danger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Stimulation à l'activité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Déplacements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Voyage assis dans son fauteuil roulant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	—	—	—

2.2 Pourquoi, selon vous, le participant a-t-il besoin d'accompagnement pour participer à une activité régulière?

2.3 Existe-t-il une raison d'ordre physique, sensoriel ou psychique, non mentionnée antérieurement dans ce formulaire, qui empêcherait ou limiterait la participation du participant à certaines activités spéciales ou de groupe, comme : sortie en autobus scolaire, piscine, canot, randonnée en vélo, randonnée pédestre, randonnée en patins à roues alignées, camping, sortie prolongée (plus de 24 heures), fête populaire, etc.?

- 2.4 Autres renseignements nous permettant de mettre en place des services ou mesures facilitant une meilleure participation de la personne présentant une déficience :

3. PRÉVISIONS DE FRÉQUENTATION

Nombre de jours par semaines :

Nombre d'heures par jour : de __h AM à __h PM

4. SIGNATURE

Je déclare que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont exacts et complets.

Signature :

Date :

Signature :

Date :

Signature :

Date :

Le formulaire doit être transmis à l'organisme gestionnaire de camp de jour le **31 janvier 2021 au plus tard.**