



SAINTE-THÉRÈSE

Ville d'arts, de culture et de savoir

Demande d'accommodement Camp de jour

A- Identification (remplir un formulaire par enfant)	
Nom de l'enfant :	Prénom de l'enfant :
Date de naissance :	
Adresse :	Téléphone résidence:
Ville :	Code postal :
Nom du parent ou tuteur :	Prénom du parent ou tuteur :
Téléphone bureau :	Cellulaire :
Courriel :	

S.V.P., complétez la section suivante en tenant compte des besoins spécifiques de votre enfant

B- Autonomie de l'enfant (répondre à toutes les questions)	
Communication	Langage utilisé : <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Non verbal <input type="checkbox"/> Gestuel <input type="checkbox"/> Pictogramme <input type="checkbox"/> LSQ (ou autre langage des signes _____) <input type="checkbox"/> Un appareil de communication (tableau Bliss ou autres)
Compréhension	L'enfant comprend : <input type="checkbox"/> Facilement <input type="checkbox"/> Difficilement L'enfant comprend mieux lorsque : <input type="checkbox"/> Contact visuel <input type="checkbox"/> Langage simplifié <input type="checkbox"/> Phrase courte L'enfant se fait comprendre : <input type="checkbox"/> Facilement <input type="checkbox"/> Difficilement Si difficilement, de quelles façons se fait-il comprendre ? _____
Alimentation	<u>L'enfant a besoin d'aide pour :</u> Manger : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Boire : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> L'enfant a des rigidités alimentaires : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, précisez (allergies aussi) : _____ L'enfant mange : Facilement <input type="checkbox"/> Difficilement <input type="checkbox"/> Peu d'appétit <input type="checkbox"/>
Habillement	<u>L'enfant a besoin d'aide pour :</u> S'habiller : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Enfiler son maillot : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Attacher ses souliers : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Déplacement	<u>L'enfant se déplace :</u> 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

Hygiène personnelle	L'enfant est propre : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> L'enfant est capable d'aller à la toilette sans aide : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> L'enfant pourvoit à son hygiène personnelle : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> L'enfant a besoin d'un rappel pour aller aux toilettes : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Problèmes de santé particuliers	L'enfant a des problèmes de santé supposant une intervention particulière de l'accompagnateur : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> <u>Si oui, nature des problèmes :</u> <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Allergie sévère <input type="checkbox"/> Problème respiratoire grave <input type="checkbox"/> Diète spéciale <input type="checkbox"/> Problème cardiaque <input type="checkbox"/> Épilepsie <input type="checkbox"/> Asthme <input type="checkbox"/> autre(s) :
Médicamentation	<u>L'enfant prend des médicaments :</u> Oui <input type="checkbox"/> Oui, sauf l'été <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, précisez : (posologie et moment de la prise de médication) : _____ <input type="checkbox"/> L'enfant s'autoadministre le médicament <input type="checkbox"/> Nous devons lui administrer <input type="checkbox"/> L'enfant a le médicament en sa possession Est-ce que le médicament diminue l'appétit de l'enfant ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, sur l'heure du dîner, l'enfant mange : <input type="checkbox"/> son dîner complet <input type="checkbox"/> seulement des collations
Évaluation des comportements	<u>L'enfant adopte les comportements suivants :</u> <input type="checkbox"/> Agressivité envers lui-même <input type="checkbox"/> Agressivité envers les autres <input type="checkbox"/> Agressivité envers les objets <input type="checkbox"/> Tendance à fuguer <input type="checkbox"/> Opposition occasionnelle <input type="checkbox"/> Opposition régulière <input type="checkbox"/> Anxiété <input type="checkbox"/> Phobie ou manie <input type="checkbox"/> Désorganisation comportementale <input type="checkbox"/> Autre(s) De quelles façons ces problèmes se manifestent-ils ? : _____ _____ De quelles façons ces comportements se résorbent-ils ? : _____ _____
Interventions particulières de l'accompagnateur	<u>Interventions requises par l'accompagnateur :</u> <input type="checkbox"/> Rappel des consignes Si oui : <input type="checkbox"/> Verbalement <input type="checkbox"/> Par pictogramme/repère visuel <input type="checkbox"/> Stimulation à la participation <input type="checkbox"/> Aide à l'orientation <input type="checkbox"/> Aide aux transitions <input type="checkbox"/> Retrait <input type="checkbox"/> Apaisement par le toucher <input type="checkbox"/> Assistance pour aller chercher du matériel ou de la nourriture <input type="checkbox"/> Autre(s) : _____ Ratio d'accompagnement recommandé(animateur/enfant) : <input type="checkbox"/> 1/1 <input type="checkbox"/> 1/2 <input type="checkbox"/> 1/3 <input type="checkbox"/> Autre : _____
Informations pertinentes en contexte COVID-19	Cochez les situations dans lesquelles votre enfant pourrait être affecté ou ne pas respecter : <input type="checkbox"/> Le port du masque chez l'accompagnateur, réduisant le son de la voix et/ou amener une peur possible chez l'enfant. <input type="checkbox"/> Respecter les routines d'hygiène personnelle telle que le lavage des mains fréquent. Si oui, pourquoi? _____ _____

C- Identification de la déficience ou du trouble (facultatif)

- Auditive
- Visuelle
- Physique
- Intellectuelle Légère Moyenne Profonde
- TSA Niveau 1 2 3
- Syndrome Gilles de la Tourette
- Trisomie
- Trouble du langage et de la parole Expression Compréhension Mixte
- Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité
- Trouble anxieux
- Problème de santé mentale (précisez) :
- Autres (précisez) :

D- Section réservée au CR ou au CSSS

**À remplir par l'accompagnateur ou un professionnel
(Analyse et recommandations)**

1. Est-ce que l'enfant reçoit des services d'un centre de réadaptation ou d'un organisme? Oui Non

Si oui, s.v.p. indiquez le nom du centre ou de l'organisme :

Nom de l'intervenant :

Téléphone :

Lieu où le service est rendu :

L'enfant est-il accompagné pendant la période scolaire?

Oui Non Si oui, nombre d'heures/semaine :

Est-ce qu'il accepte que le camp puisse rentrer en contact avec cette personne ?

Antécédents d'intégration (identifiez les occasions d'intégration passées – Ex. : CPE ou Camp de jour)

E- Section pour les établissements scolaires. Si l'enfant est accompagné par un professionnel de la Commission scolaire (exemple : éducateur spécialisé).

1. Est-ce que l'enfant est accompagné par un professionnel pendant la période scolaire (ex. : éducateur spécialisé)? Oui Non Si oui, nombre d'heures/semaine : _____

Est-ce que l'enfant a un plan d'intervention? Oui Non (vous n'êtes pas obligé de le fournir)

2. Qu'est-ce qui provoque un changement d'émotions chez le jeune?

3. Quels sont les signes précurseurs d'un changement d'émotions?

4. Quelles sont les interventions à privilégier auprès du jeune?

5. Quelles sont les interventions à proscrire auprès du jeune?

6. Le jeune a-t-il besoin d'adaptation pour favoriser son intégration?
Si oui, précisez (routine, système d'émulations, pauses, etc.)

Signature du professionnel :

Téléphone :

Par la présente, j'atteste que les informations mentionnées ci-dessus sont exactes et j'accepte que vous communiquiez avec les intervenants identifiés sur le présent formulaire.

Signature d'un parent : _____ Date : _____

Important : Toute information incomplète sur le comportement de votre enfant pourrait résulter en une annulation de l'inscription.