



Sainte-Anne-des-Lacs

PROGRAMME D'ACCOMPAGNEMENT

IDENTIFICATION DE L'ENFANT

| | |
|---------------------|---|
| NOM : | PRÉNOM : |
| DATE DE NAISSANCE : | SEXE : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin |
| NOM DU PÈRE : | NOM DE LA MÈRE : |
| TÉLÉPHONE (1) : | TÉLÉPHONE (2) : |
| COURRIEL : | |
| ADRESSE : | |
| VILLE : | CODE POSTAL : |

CHOIX DES SEMAINES

EST-CE QUE VOTRE ENFANT SERA PRÉSENT LORS DES 8 SEMAINES DE CAMP?: OUI NON

SI NON, VEUILLEZ SÉLECTIONNER LES SEMAINES OU IL SERA PRÉSENT :

| Semaines de camp de jour | 26 juin au 30 juin | 3 au 7 juillet | 10 au 14 juillet | 17 au 21 juillet | 24 au 28 juillet | 31 au 4 août | 7 au 11 août | 14 au 18 août |
|--------------------------|--------------------|----------------|------------------|------------------|------------------|--------------|--------------|---------------|
| Présence | | | | | | | | |

SERVICE DE GARDE

S.V.P., identifier l'heure approximative d'arrivée et de départ si vous avez un besoin récurrent.

| | LUNDI | MARDI | MERCREDI | JEUDI | VENDREDI |
|----|-------|-------|----------|-------|----------|
| AM | | | | | |
| PM | | | | | |

*Dans le but d'assurer une intégration réussie, la durée, le nombre de semaines et l'horaire de présence de l'enfant au camp de jour sera réévalué en fonction des besoins et des difficultés de votre enfant. L'évaluation sera faite au cas par cas. **Un maximum de 8 heures par jour incluant le service de garde.***

Autres informations :

*Dans le but de respecter la vie privée de votre enfant, il n'est pas obligatoire de remplir certaines sections. Toutefois, dans le but de permettre à votre enfant de vivre une situation d'inclusion **positive, sécuritaire et significative**, nous vous invitons à nous donner toutes les informations importantes pour cibler ses besoins.*

| Veuillez cocher le ou les diagnostics (facultatif) | Déficience physique motrice / motrice cérébrale (DM/DMC) | Problèmes de santé mentale (SM) | Trouble de la communication (DL/DA) | Trouble du spectre de l'autisme (TSA) | Trouble grave de comportement (TGC) | Déficience visuelle (DV) | Trouble déficitaire de l'attention et hyperactivité (TDAH) | Déficience Intellectuelle (DI) |
|--|--|---------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--|--------------------------------|
| | | | | | | | | |
| Autres (précisez) | | | | | | | | |

Problèmes de santé particuliers

L'enfant a des troubles de santé supposant une intervention particulière de l'accompagnateur :

Oui Non

| Veuillez cocher les troubles de santé liés au jeune | Allergie sévère | Épilepsie | Problème cardiaque | Diabète | Problème respiratoire grave |
|---|-----------------|-----------|--------------------|---------|-----------------------------|
| | | | | | |
| Autre (précisez) | | | | | |

AUTONOMIE

| LANGAGE UTILISÉ | | | | |
|--|--------|------------|---------|-------------------------------|
| | Verbal | Non verbal | Gestuel | Un appareil de communication* |
| Veuillez cocher le ou les types de langages utilisés par le jeune | | | | |
| Si votre enfant utilise un appareil de communication, indiquez le moyen ou l'outil à utiliser ainsi que son fonctionnement | | | | |
| | | | | |

| COMPRÉHENSION | | |
|-----------------------------|------------|---------------|
| | Facilement | Difficilement |
| L'enfant se fait comprendre | | |
| L'enfant comprend | | |

| ALIMENTATION ET HABILLEMENT | | | | |
|--|-------------|----------------|---------------|--|
| | Aucune aide | Aide partielle | Aide complète | |
| L'enfant a besoin d'aide pour manger | | | | |
| L'enfant a besoin d'aide pour boire | | | | |
| L'enfant a besoin d'aide pour s'habiller | | | | |
| Diète spéciale ? | Oui | Non | Précisez | |

| DÉPLACEMENTS | | | | | |
|---|-----------------|---------------------------|---------------|-------|-------------------------------|
| | Chaise roulante | Fauteuil roulant motorisé | Marchette | Canne | Accompagnement d'une personne |
| L'enfant utilise une aide pour ses déplacements | | | | | |
| Autre(s) (précisez) | | | | | |
| | Aucune aide | Aide partielle | Aide complète | | |
| L'enfant se déplace à l'intérieur | | | | | |
| L'enfant se déplace à l'extérieur | | | | | |

| SOINS D'HYGIÈNE | | | |
|---|-------------|----------------|---------------|
| L'enfant a besoin d'aide pour | Aucune aide | Aide partielle | Aide complète |
| Aller à la toilette | | | |
| Lavage des mains | | | |
| Autre (précisez) | | | |
| Utilisation des couches ou des culottes de propreté | Oui | | Non |

| NATURE DES COMPORTEMENTS | | | |
|--|-----|-----|---------|
| (SI L'ENFANT N'A PAS DE COMPORTEMENT PROBLÉMATIQUE, IL N'EST PAS NÉCESSAIRE DE REMPLIR CETTE SECTION) | | | |
| Votre enfant... | Oui | Non | Parfois |
| Mord | | | |
| Crache | | | |
| Frappe | | | |
| Pousse | | | |
| Tire les cheveux | | | |
| A des comportements d'automutilation (ex. : se frapper) | | | |
| A des comportements de destruction | | | |
| Fugue | | | |
| S'oppose | | | |
| Vit des inconforts tactiles | | | |
| Vit des difficultés à déroger de sa routine | | | |
| Vit des difficultés avec les transitions | | | |
| Vit des difficultés avec les imprévus | | | |
| Vit de l'hypersensibilité aux stimuli (bruits, toucher, etc.) | | | |
| L'enfant a-t-il conscience du danger | | | |
| L'ENFANT A-T-IL UNE RÉACTION SIGNIFICATIVE | | | |
| <i>(si l'enfant n'a pas de réactions significatives, il n'est pas nécessaire de remplir cette section)</i> | | | |
| Avec les adultes | | | |
| Avec les autres enfants | | | |
| Avec les inconnus | | | |
| S'il est en colère | | | |
| S'il a besoin d'attention | | | |
| Si vous avez répondu oui à une de ces questions, précisez : | | | |
| | | | |

Interventions (si l'enfant n'a pas de difficulté nécessitant une intervention particulière, il n'est pas nécessaire de remplir cette section) :

Quelles sont les interventions à prioriser : _____

Quelles sont les interventions à éviter (ce qui peut provoquer une désorganisation chez l'enfant) : _____

Quelles sont les meilleures façons de l'encourager: _____

Comment favoriser le retour au calme et le rassurer: _____

Autres informations : _____

Forces et Intérêts

Ce que l'enfant aime : _____

Ce que l'enfant n'aime pas : _____

Ce dont il a peur (s'il y a lieu): _____

Quels sont les forces et les talents de l'enfant : _____

AUTRES INFORMATIONS

ÉCOLE : _____ NIVEAU SCOLAIRE : _____

NOM DE L'ENSEIGNANT(E): _____

Est-ce que l'enfant reçoit un encadrement particulier à l'école? Si oui, lequel?

En cochant cette case, j'autorise le personnel du Service des loisirs, de la culture et de la vie communautaire à communiquer avec le professeur de mon enfant et les professionnels qui le supportent afin d'échanger de l'information sur mon enfant et de compléter nos documents d'avis de l'enseignant et du professionnel pour permettre une meilleure évaluation individuelle et pour connaître les besoins et capacités de celui-ci.

Signature du parent : _____

Date : _____