

Formulaire préparatoire aux camps de jour de Saint-Antonin Volet spécialisé

Afin d'établir les besoins d'accompagnement spécialisé pour le camp de jour de l'été, la ville de Saint-Antonin vous demande de remplir le formulaire préparatoire ci-joint et de le retourner. Ce formulaire peut être complété par un intervenant qui connaît les besoins particuliers de l'enfant. *Ce formulaire ne confirme pas l'inscription au camp de jour. Un suivi vous sera fait suite à l'analyse et la disponibilité de ressources.* Retourner au bureau municipal pour la version papier ou envoyer la version électronique à loisirs@st-antonin.ca

Identification de l'enfant

Prénom : _____

Nom : _____

Date de naissance : (aa/mm/jj) : _____

Adresse postale : _____

Sexe : Féminin Masculin

Identification du 1^{er} parent (tuteur)

Prénom : _____

Nom : _____

Téléphone (maison) : _____

Téléphone (bureau) : _____

Téléphone (autre) : _____

Sexe : Féminin Masculin

Lien : _____

Courrier électronique : _____

Identification du 2^e parent (tuteur)

Prénom : _____

Nom : _____

Téléphone (maison) : _____

Téléphone (bureau) : _____

Téléphone (autre) : _____

Sexe : Féminin Masculin

Lien : _____

Informations additionnelles

Suivi pédagogique

Nom de l'établissement scolaire fréquenté en 2023-2024: _____

- Est-ce que votre enfant est actuellement en classe régulière? Oui Non
- Si oui, est-ce qu'il reçoit le soutien d'un éducateur spécialisé? Oui Non

Suivi professionnel

Recevez-vous un support d'un établissement (CRDI, CLSC, Centre de réadaptation, etc.)?

Oui Non

- Si oui, spécifiez lequel : _____

Pouvons-nous contacter cet intervenant pour améliorer la qualité de l'encadrement offert à votre enfant?

Oui Non

- Nom de l'intervenant : _____

Coordonnées : _____

Besoin d'accompagnement

Comme votre enfant a besoin d'un accompagnateur, quel serait le ratio d'encadrement ?

Autres renseignements utiles :

Types de besoins particuliers de l'enfant

Auditif

Comportemental

Spécifiez :

Intellectuel

Communication

Physique ou moteur

Visuel

Relationnel

Autre

Autonomie de l'enfant

Langage utilisé :

Parlé :

Gestuel :

Non verbal :

Appareil de communication :

L'enfant se fait comprendre :

Très facilement

Facilement

Difficilement

Très difficilement

L'enfant comprend :

Très facilement

Facilement

Difficilement

Très difficilement

L'enfant a besoin d'aide pour :

Manger :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Détailler le soutien nécessaire: _____
Boire :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Détailler le soutien nécessaire: _____
S'habiller :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Détailler le soutien nécessaire : _____
Se déplacer : (intérieur)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Détailler le soutien nécessaire: _____
Se déplacer : (extérieur)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Détailler le soutien nécessaire: _____
Aller aux toilettes :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Détailler le soutien nécessaire: _____
Ses soins personnels :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Détailler le soutien nécessaire: _____
Se déplacer en fauteuil roulant :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Détailler le soutien nécessaire: _____
Se déplacer avec d'autres appareils :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Détailler le soutien nécessaire: _____
Autres (précisez) :			_____ _____ _____

Alimentation

L'enfant a-t-il une diète alimentaire spéciale ? Oui Non

L'enfant a-t-il un besoin spécifique entourant l'alimentation ? Oui Non

Si oui, précisez :

Problème particulier de santé

Allergie sévère	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Commentaire : _____
Épilepsie :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Commentaire : _____
Problème cardiaque :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Commentaire : _____
Problème respiratoire grave :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Commentaire : _____
Diabète :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Commentaire : _____
Autre (précisez) :			_____ _____ _____

Comportement

L'enfant a-t-il des éléments à surveiller au niveau du comportement Oui Non

Comportements :

- Agressivité
- Anxiété
- Automutilation
- Situation de désorganisation (crise)
- Conscience du danger
- Fugues
- Manie ou habitudes particulières
- Phobies
- Adaptation aux changements
- Opposition à l'autorité
- Relations sociales difficiles ou maladroites
- Participation difficile aux activités
- Isolement
- Sexualité

Autres (précisez) :

Interventions à privilégier par l'accompagnateur

Selon les éléments nommés ci-dessus quelles sont les interventions requises par l'accompagnateur :

Éléments particuliers à l'enfant	Interventions à privilégier

Commentaires :

Médication

Est-ce que votre enfant devra prendre de la médication lors de ses périodes d'encadrement au Camp de jour ?

Oui un formulaire d'autorisation à cet effet devra être complétée

Non

Fréquence du camp de jour

IMPORTANT : L'accès au programme d'accompagnement spécialisé dépend de nos ressources, qui pourrait occasionner une diminution des heures d'accompagnement hebdomadaire.

Mon enfant fréquentera le Camp de jour (cochez s.v.p.)

Du lundi au vendredi : Avec service extra matin midi et soir : Avec service extra seulement au diner :

Précisez (heures d'arrivées et de départs fixes ou variables, jours fixes ou variables) :

Rencontre avec le Coordonnateur et l'accompagnateur spécialisé

Lors de votre rencontre avec le coordonnateur et l'accompagnateur spécialisé, l'horaire officielle de fréquentation de votre enfant sera établi (et offert selon la disponibilité de notre ressource). Nous prendrons en compte de vos besoins selon les limites de ressources dont nous disposons.

Mon enfant sera absent du camp de jour les semaines suivantes :

Du _____ au _____

Du _____ au _____

Autorisation et consentement du parent

- Je déclare que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont exacts et complets. Dans le cas contraire, le gestionnaire du camp se réserve le droit de réévaluer la demande.
- J'autorise les personnes directement impliquées à la gestion du camp de jour 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 l'équipe du camp de jour 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 l'équipe du camp de jour dès que celle-ci en fait la demande.

Nom et prénom du parent/tuteur : _____

Date : _____

Signature du parent/tuteur : _____