



MUNICIPALITÉ DE
SAINT-AMBROISE-DE-KILDARE

CAMP DE JOUR ESTIVAL – SAISON 2023 Municipalité de Saint-Ambroise-de-Kildare

ENFANTS AYANT DES BESOINS PARTICULIERS – FICHE D'ÉVALUATION DES BESOINS

Nous vous invitons à compléter le formulaire ci-dessous et à nous le transmettre signé à l'adresse loisirs2@saintambroise.ca et ce, au plus tard **le vendredi 21 avril (12 h).**

Une fois le formulaire reçu, celui-ci sera analysé par la Municipalité et nous pourrions évaluer ce que nous sommes en mesure de vous offrir en fonction des besoins de votre enfant.

Ces informations demeureront confidentielles et nous permettront de faire vivre à votre enfant une expérience camp réussie ! Seules les informations pertinentes seront divulguées à son animateur et son supérieur immédiat afin de permettre de meilleures interventions.

Il est important de compléter un formulaire par enfant.

Dans le cas où un parent omettrait des informations importantes sur la situation de son enfant et que ce dernier manifesterait de graves problèmes d'intégration, l'organisme pourrait, dans le respect des procédures en vigueur, expulser ce dernier.

Important :

- Le camp de jour est réservé aux résidents de Saint-Ambroise-de-Kildare (preuve de résidence demandée);
- L'enfant doit être âgé d'au moins 5 ans le 30 septembre 2022.

Fiche d'évaluation des besoins – Municipalité de Saint-Ambroise-de-Kildare

Ces informations demeureront **confidentielles** et nous permettront de faire vivre à votre enfant une expérience de camp réussie! Seules les informations pertinentes seront divulguées à son animateur et à son supérieur immédiat afin de permettre de meilleures interventions.

Complétez les sections qui sont applicables à votre enfant et retournez le formulaire complété **avant le vendredi 12 avril**

2023 (12 h).

1. IDENTIFICATION DE L'ENFANT

Nom de l'enfant :		Prénom de l'enfant :	
Sexe :		Date de naissance :	
Numéro assurance maladie :			
Adresse :			
Ville :		Code postal :	

2. RÉPONDANT POUR L'ENFANT

Parent ou tuteur 1

Nom du parent		Prénom du parent	
Téléphone :		Cellulaire :	
Lien avec l'enfant :		L'enfant habite avec :	☐ Ses deux parents ☐ Papa ☐ Maman ☐ Autre (précisez)

Parent ou tuteur 2

Nom du parent		Prénom du parent	
Téléphone :		Cellulaire :	
Lien avec l'enfant :		L'enfant habite avec :	☐ Ses deux parents ☐ Papa ☐ Maman ☐ Autre (précisez)

3. HISTORIQUE D'ACCOMPAGNEMENT

Votre enfant a-t-il fréquenté un camp de jour l'été passé? ☐ Oui ☐ Non	Si oui, lequel?
Bénéficiait-il d'un accompagnement? ☐ Oui ☐ Non	Si oui, selon quel ratio? ☐ 1/1 ☐ 1/2 ☐ 1/3 ☐ Autre :
L'enfant fréquente présentement l'école? ☐ Oui ☐ Non	Si oui, quel est le nom de l'école?
Si oui, est-il dans une classe régulière? ☐ Oui ☐ Non	Ratio intervenant / enfants

3. RESSOURCES DE L'ENFANT (Intervenant, psychologue, éducateur spécialisé ...)

Il est important d'inscrire **le nom et les coordonnées** complètes des intervenants qui suivent **ACTUELLEMENT** votre enfant. SVP, faire compléter l'annexe 1 au responsable.

Intervenant(s)	Organisation	Autre
Nom du professionnel		
Titre		
Téléphone		
Nom du professionnel		
Titre		
Téléphone		

4. AUTORISATION DES PARENTS / TUTEUR

Si des modifications concernant l'état de santé de mon enfant survenaient avant le début ou pendant la période du camp de jour, je m'engage à transmettre cette information à la direction du camp de jour, qui fera le suivi approprié avec l'animateur de mon enfant.

En signant la présente, j'autorise les personnes désignées par le camp de jour de la Municipalité de St-Ambroise-de-Kildare à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Si la direction du camp de jour le juge nécessaire, je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire.

Je m'engage à collaborer avec la direction du Camp de jour de la Municipalité de St-Ambroise-de-Kildare et à venir la rencontrer si le comportement de mon enfant nuit au bon déroulement des activités.

Autorisation de communiquer des renseignements	Par la présente, j'autorise les responsables du camp de jour à entrer en contact avec un intervenant du Centre intégré de santé et des services sociaux de Lanaudière afin de soutenir l'intégration de mon enfant pour la période de camp de jour c'est-à-dire dès la date de l'inscription jusqu'à la dernière journée du camp de jour. ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne s'applique pas Nom(s) des intervenant(e)s, s'il y a lieu : _____
Autorisation de communiquer des renseignements	Par la présente, j'autorise les responsables du camp de jour à entrer en contact avec le personnel de l'école (enseignant ou services complémentaires) pour les questions entourant la participation de mon enfant au camp de jour. ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne s'applique pas École : _____ Noms des personnes à contacter : _____

Nom du parent ou tuteur (lettres moulées)

Signature du parent ou tuteur

Date de la signature _____ Autorisation valable du _____ au _____

Veuillez prendre note que toutes les informations concernant l'état de santé de votre enfant demeureront confidentielles. Elles seront transmises uniquement à la direction et à son animateur ou à toutes autres personnes impliquées (intervenants ou partenaires autorisés) afin de permettre un meilleur encadrement ainsi qu'une intervention plus efficace en cas d'urgence.

5. ACCOMPAGNEMENT

Votre enfant a-t-il besoin d'un accompagnateur? Oui ☐ Non ☐	Au meilleur de votre connaissance, quel est le ratio d'encadrement qui lui convient? ☐ 1/1 ☐ 1/2 ☐ 1/3 ☐ Autre :
Est-ce que l'enfant a un accompagnateur durant l'année? Oui ☐ Non ☐	

6. DIAGNOSTIC ET BESOINS PARTICULIERS

Cochez ce qui est applicable :

☐ Déficience intellectuelle	☐ Légère ☐ Moyenne ☐ Sévère Précisez :
☐ Trouble du spectre de l'autisme (TSA)	Précisez si anciennement, Asperger, TED-NS, ou autre :
☐ Déficience motrice	Précisez :
☐ Déficience visuelle	Précisez :
☐ Déficience auditive	Précisez :
☐ Trouble langage-parole	☐ Expression ☐ Compréhension ☐ Mixte Précisez :
☐ Trouble déficitaire de l'attention (TDA/TDAH)	☐ Avec hyperactivité ☐ Sans hyperactivité Précisez :
☐ Santé mentale	☐ Anxiété ☐ Trouble de l'attachement ☐ TOC ☐ Dépression Autres, précisez :
☐ Trouble du comportement	☐ Opposition ☐ Agressivité ☐ Passivité Autres précisez :
☐ Diabète	Précisez :
☐ Épilepsie	Précisez :
☐ Autre(s) (Trisomie 21, etc.)	Précisez :
☐ Santé particulière	Précisez :
☐ Peurs, phobies importantes	Précisez :
☐ Autres	Précisez :

7. ALLERGIES, INTOLÉRANCES ET RESTRICTIONS ALIMENTAIRES

Allergies et/ou intolérances? (Alimentaires, animaux/insectes, médicaments, autres) Oui ☐ Non ☐ Précisez : _____ _____ Signes ou symptômes à surveiller : _____ _____	Précisez la sévérité : Intolérance ☐ Allergie légère ☐ Allergie sévère ☐ Allergie mortelle ☐ Allergie si ingestion seulement ☐ Allergie au contact ☐
--	--

Auto-injecteur d'Épinéphrine (Épipen, Twinject ou autre) Oui ☐ Non ☐	Personnes autorisées à l'administrer : L'enfant lui-même ☐ Adulte responsable ☐
Restrictions alimentaires (autres que des allergies)? Précisez : Oui ☐ Non ☐	
Comment mange-t-il? Facilement ☐ Difficilement ☐ Peu d'appétit ☐	

8. MÉDICATION

Pour être conforme à la loi et nous permettre d'administrer la médication, vous **devez** joindre une copie de la prescription de médication avec ce formulaire.

Votre enfant doit-il prendre des médicaments au camp? Oui ☐ Non ☐ Si oui, complétez ce tableau :

Nom du médicament	Prescrit pour	Posologie	Effets secondaires et/ou contre-indications (exposition au soleil, hydratation, appétit, etc.)

Prend-t-il des médicaments durant l'année? Oui ☐ Non ☐ Si oui, lequel(s) : _____
Prescrit(s) pour : _____

9. SITUATION DE SANTÉ

Cochez ce qui est applicable :

Situation de santé	Précisions, actions à prendre, etc.
☐ Asthme	
☐ Constipation	
☐ Diarrhée	
☐ Eczéma	
☐ Insomnie	
☐ Mal des transports	
☐ Maux de têtes/migraines fréquents	
☐ Nausées fréquentes/Vomissements	
☐ Otites fréquentes	
☐ Problèmes cardiaques	
☐ Problèmes cutanés	
☐ Saignements de nez	
☐ Sinusites	
A-t-il déjà eu les maladies suivantes?	A-t-il déjà subi une intervention chirurgicale ou vécu une maladie grave?
☐ Varicelle	Oui ☐ Non ☐
☐ Oreillons	Date : _____ Raison : _____
☐ Scarlatine	Résultats : _____
☐ Rougeole	A-t-il déjà eu des blessures graves? Oui ☐ Non ☐
☐ Autres (préciser) :	Maladies chroniques ou récurrentes? Oui ☐ Non ☐

Vaccins à jour? Oui ☐ Non ☐		Date du dernier vaccin DCT (Tétanos) : ____/____/____
Vue : ☐ Excellente ☐ Suffisante ☐ Faible ☐ Lunettes/verres de contact ☐ Cécité ☐ Guide-accompagnateur ☐ Canne blanche		Audition : ☐ Excellente ☐ Suffisante ☐ Faible ☐ Appareils auditifs (deux oreilles) ☐ Oreille droite uniquement ☐ Oreille gauche uniquement

10 . COMPORTEMENTS ET INTÉRÊTS

Doit-on porter attention à certains comportements? Cochez ceux qui sont applicables :

Comportement	Dans quels contextes ces comportements ont-ils tendance à surgir?	De quelle façon suggérez-vous d'intervenir? (Ignorer, rediriger, etc.)
☐ Mord		
☐ Crie		
☐ Frappe		
☐ Intolérance au bruit		
☐ Agressivité envers lui-même		
☐ Agressivité envers les autres		
☐ Anxiété		
☐ Automutilation		
☐ Fugues		
☐ Habitudes ou des manies particulières (Acceptées ou non)		
☐ Autres (précisez)		

A-t-il tendance à faire des crises? Oui ☐ Non ☐	Si oui, quels sont les signes précurseurs (agitation, isolement, etc.)?	Quelles sont les interventions efficaces à utiliser durant ces crises?
A-t-il des phobies et/ou peurs? Oui ☐ Non ☐	Si oui lesquelles et comment intervenir à ce sujet? (Ex : animaux, eau, vertige, etc.)	
A-t-il de la difficulté à exprimer ses sentiments à demander de l'aide ou à amorcer une conversation? Oui ☐ Non ☐		S'adapte-t-il facilement à de nouvelles personnes, activités, expériences? Oui ☐ Non ☐
Quels sont ses centres d'intérêts, passe-temps et loisirs?		
Quels sont les meilleurs moyens de l'encourager/le motiver?		
Relation avec les autres - Comment interagit-il avec :		
Ses pairs		
Les détenteurs d'autorité		
Les nouvelles personnes		

Autres informations à propos de votre enfant dont vous aimeriez nous faire part (Ex. changements importants récents dans la vie de famille, préoccupations particulières, etc.) _____

Autres renseignements nous permettant de mettre en place des services ou des mesures facilitant une meilleure participation de l'enfant (ex. : horaire imagé, pauses, périodes de repos etc.) : _____

11 . CAPACITÉS AQUATIQUES

Autonomie dans l'eau : ☐ Nage seul en eau profonde ☐ Nage seul en eau peu profonde ☐ Nage seul avec VFI	☐ Besoin d'accompagnement ☐ Ne sait pas nager ☐ Doit porter des bouchons * Si l'enfant est épileptique, discutez avec le camp du port du VFI
---	--

9.DEGRÉ D'AUTONOMIE		Aide constante	Aide occasionnelle	Supervision verbale	Autonome
Communication	Communication avec les autres				
	Compréhension des consignes				
	Se faire comprendre				
	Aides à la communication utilisés : ☐ Pictogrammes ☐ Tableau ☐ Ordinateur ☐ Langue des signes du Québec (LSQ) ☐ Gestes ☐ Mains animées				
Participation aux activités	Stimulation à la participation				
	Interaction avec les adultes				
	Interaction avec les autres enfants				
	Fonctionnement en groupe				
	Activités de motricité fine (bricolage, manipulations, insertions, etc.)				
	Activités de motricité globale (sports, jeux psychomoteurs, ballon, etc.)				
Vie quotidienne	Habillage (ex. : se vêtir, attacher ses souliers)				
	Hygiène personnelle				
	Précisez (cathéter, couches, etc.):				
	Alimentation				
	Gérer ses effets personnels (ex. : boîte à lunch, sac à dos, etc.)				
	Rester avec le groupe				
	Éviter les situations dangereuses (conscience du danger)				
Déplacements	Courts déplacements au camp (précisez le niveau d'autonomie)				
	☐ Fauteuil manuel				
	☐ Fauteuil motorisé				
	☐ Poussette adaptée				
	☐ Canne(s)/béquilles				
	☐ Déambulateur				
	☐ Autonome (marche)				
	En sortie/longues distances? ☐ identique ☐ différent (précisez) :				
A-t-il suivi un cours de natation? Oui ☐ Non ☐		Dernier niveau de natation complété :			

Méthode de transfert ☐ Avec le soutien de deux personnes ☐ Utilise un lève-personne ☐ Pivote pour transfert (debout avec support) ☐ Transfert au même niveau ☐ Autre (décrivez) : _____	Autres ☐ Orthèses tibiales ☐ Orthèses poignets ☐ Corset ☐ Autre (précisez) : _____
--	---

12. RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS

Le camp de jour est accessible pour les résidents de la Municipalité de Saint-Ambroise-de-Kildare (preuve de résidence demandée).

L'enfant doit avoir 5 ans et fréquenter la maternelle.

La Municipalité procédera à l'analyse de la demande. Il se peut que des rencontres soient nécessaires. La Municipalité pourra ensuite faire un suivi de la demande à la famille et si la proposition est acceptée par celle-ci, nous pourrions poursuivre la démarche et procéder à l'inscription de l'enfant.

Ce formulaire agit à titre de demande d'évaluation du dossier et non comme formulaire d'inscription au camp de jour.

13. BESOINS/UTILISATION DU CAMP DE JOUR

Quels sont vos besoins quant à la fréquentation du camp de jour pour votre enfant?

14. AUTORISATIONS ET SIGNATURES

*** Veuillez apposer vos initiales dans la case après chaque affirmation. ***

Je déclare que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont exacts et complets. <u>Dans le cas contraire, le comité d'évaluation se réserve le droit de considérer la demande non admissible.</u>	
Si des modifications concernant l'état de santé de mon enfant survenaient avant le début ou pendant la période du camp de jour, je m'engage à transmettre cette information à la direction du camp de jour, qui fera le suivi approprié avec l'animateur de mon enfant.	
J'autorise la directrice des loisirs et de la culture et le coordonnateur des loisirs et de la culture à joindre 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 collaborer avec la direction du Camp de jour de la Municipalité de Saint-Ambroise-de-Kildare et à venir la rencontrer si le comportement de mon enfant nuit au bon déroulement des activités.		
Signature	Date	
Nom en lettres majuscules	Lien avec l'enfant	

ANNEXE 1

CAMP DE JOUR ESTIVAL Municipalité de Saint-Ambroise-de-Kildare

Enfants ayant des besoins particuliers – Fiche d'évaluation des besoins

Objectif de la collecte de données

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 est l'alternative estivale qui convient à l'enfant.

1. Identification de l'enfant

Nom de l'enfant

2. 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 bruit, 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)	☐	☐	☐	
Bricolage (Suivre un modèle, motricité fine, utiliser du matériel spécialisé – ciseaux, colle, etc.)	☐	☐	☐	
Repas (Demeurer assis au sol ou sur une table de pique-nique, autonomie, gestion de sa boîte à lunch : je mange quoi et dans quel ordre?)	☐	☐	☐	

Piscine (Se changer de vêtements, piscine bondée, éclaboussures, beaucoup de bruit, gestion des objets personnels)	☐	☐	☐	
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 :	

3. 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

4. Commentaires pour soutenir vos recommandations (utilisez le verso au besoin)

--

5. Intervenant

Nom	Signature	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 **vendredi 21 avril (12 h) au plus tard.**