



MUNICIPALITÉ DE
SAINT-AMBROISE-DE-KILDARE

CAMP DE JOUR ESTIVAL – SAISON 2026 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 amaheu@saintambroise.ca et ce, au plus tard **le vendredi 17 avril 2026 (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 2025.

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 17 avril 2026 (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		Prénom	
Téléphone :		Cellulaire :	
Lien avec l'enfant :		L'enfant habite avec :	<input type="checkbox"/> Ses deux parents <input type="checkbox"/> Papa <input type="checkbox"/> Maman <input type="checkbox"/> Autre (précisez)

Parent ou tuteur 2

Nom :		Prénom :	
Téléphone :		Cellulaire :	
Lien avec l'enfant :		L'enfant habite avec :	<input type="checkbox"/> Ses deux parents <input type="checkbox"/> Papa <input type="checkbox"/> Maman <input type="checkbox"/> Autre (précisez)

3. HISTORIQUE D'ACCOMPAGNEMENT

Votre enfant a-t-il fréquenté un camp de jour l'été passé? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, lequel?
Bénéficiait-il d'un accompagnement? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, selon quel ratio? <input type="checkbox"/> 1/1 <input type="checkbox"/> 1/2 <input type="checkbox"/> 1/3 <input type="checkbox"/> Autre :
L'enfant fréquente présentement l'école? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, quel est le nom de l'école?
Si oui, est-il dans une classe régulière? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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.

<i>Autorisation de communiquer des renseignements</i>	<p>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.</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne s'applique pas</p> <p>Nom(s) des intervenant(e)s, s'il y a lieu : _____</p>
<i>Autorisation de communiquer des renseignements</i>	<p>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.</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne s'applique pas</p> <p>École : _____</p> <p>Noms des personnes à contacter : _____</p> <p>_____</p>

Nom du parent ou tuteur (lettres moulées)

Signature du parent ou tuteur

Date de la signature _____ Autorisation valable du _____ au _____

Veillez 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 <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Au meilleur de votre connaissance, quel est le ratio d'encadrement qui lui convient? <input type="checkbox"/> 1/1 <input type="checkbox"/> 1/2 <input type="checkbox"/> 1/3 <input type="checkbox"/> Autre :
Est-ce que l'enfant a un accompagnateur durant l'année? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

6. DIAGNOSTIC ET BESOINS PARTICULIERS

Cochez ce qui est applicable :

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

7. ALLERGIES, INTOLÉRANCES ET RESTRICTIONS ALIMENTAIRES

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

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

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.
<input type="checkbox"/> Asthme	
<input type="checkbox"/> Constipation	
<input type="checkbox"/> Diarrhée	
<input type="checkbox"/> Eczéma	
<input type="checkbox"/> Insomnie	
<input type="checkbox"/> Mal des transports	
<input type="checkbox"/> Maux de têtes/migraines fréquents	
<input type="checkbox"/> Nausées fréquentes/Vomissements	
<input type="checkbox"/> Otites fréquentes	
<input type="checkbox"/> Problèmes cardiaques	
<input type="checkbox"/> Problèmes cutanés	
<input type="checkbox"/> Saignements de nez	
<input type="checkbox"/> Sinusites	
A-t-il déjà eu les maladies suivantes?	A-t-il déjà subi une intervention chirurgicale ou vécu une maladie grave?
<input type="checkbox"/> Varicelle	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Oreillons	Date : _____ Raison : _____
<input type="checkbox"/> Scarlatine	Résultats : _____
<input type="checkbox"/> Rougeole	A-t-il déjà eu des blessures graves? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Autres (préciser) :	Maladies chroniques ou récurrentes? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Vaccins à jour? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Date du dernier vaccin DCT (Tétanos) : ____ / ____ / ____
Vue : <input type="checkbox"/> Excellente <input type="checkbox"/> Suffisante <input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Lunettes/verres de contact <input type="checkbox"/> Cécité <input type="checkbox"/> Guide-accompagnateur <input type="checkbox"/> Canne blanche	Audition : <input type="checkbox"/> Excellente <input type="checkbox"/> Suffisante <input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Appareils auditifs (deux oreilles) <input type="checkbox"/> Oreille droite uniquement <input type="checkbox"/> 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.)
<input type="checkbox"/> Mord		
<input type="checkbox"/> Crie		
<input type="checkbox"/> Frappe		
<input type="checkbox"/> Intolérance au bruit		
<input type="checkbox"/> Agressivité envers lui-même		
<input type="checkbox"/> Agressivité envers les autres		
<input type="checkbox"/> Anxiété		
<input type="checkbox"/> Automutilation		
<input type="checkbox"/> Fugues		
<input type="checkbox"/> Habitudes ou des manies particulières (Acceptées ou non)		
<input type="checkbox"/> Autres (précisez)		

A-t-il tendance à faire des crises? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	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 <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	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 <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	S'adapte-t-il facilement à de nouvelles personnes, activités, expériences? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
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 : <input type="checkbox"/> Nage seul en eau profonde <input type="checkbox"/> Nage seul en eau peu profonde <input type="checkbox"/> Nage seul avec VFI	<input type="checkbox"/> Besoin d'accompagnement <input type="checkbox"/> Ne sait pas nager <input type="checkbox"/> 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 : <input type="checkbox"/> Pictogrammes <input type="checkbox"/> Tableau <input type="checkbox"/> Ordinateur <input type="checkbox"/> Langue des signes du Québec (LSQ) <input type="checkbox"/> Gestes <input type="checkbox"/> 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)				
	<input type="checkbox"/> Fauteuil manuel				
	<input type="checkbox"/> Fauteuil motorisé				
	<input type="checkbox"/> Poussette adaptée				
	<input type="checkbox"/> Canne(s)/béquilles				
	<input type="checkbox"/> Déambulateur				
	<input type="checkbox"/> Autonome (marche)				
	En sortie/longues distances? <input type="checkbox"/> identique <input type="checkbox"/> différent (précisez) :				
A-t-il suivi un cours de natation? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Dernier niveau de natation complété :			

Méthode de transfert <input type="checkbox"/> Avec le soutien de deux personnes <input type="checkbox"/> Utilise un lève-personne <input type="checkbox"/> Pivote pour transfert (debout avec support) <input type="checkbox"/> Transfert au même niveau <input type="checkbox"/> Autre (décrivez) : <hr/> <hr/>	Autres <input type="checkbox"/> Orthèses tibiales <input type="checkbox"/> Orthèses poignets <input type="checkbox"/> Corset <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : <hr/>
---	--

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 pourrons 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

Semaine	Date	Inscription
1	25 au 26 juin 2026 (2 jours)	<input type="checkbox"/>
2	29 juin au 3 juillet 2026 (4 jours – Fermé le 29 juin)	<input type="checkbox"/>
3	6 au 10 juillet 2026	<input type="checkbox"/>
4	13 au 17 juillet 2026	<input type="checkbox"/>
5	20 au 24 juillet 2026	<input type="checkbox"/>
6	27 au 31 juillet 2026	<input type="checkbox"/>
7	3 au 7 août 2026	<input type="checkbox"/>
8	10 au 14 août 2026	<input type="checkbox"/>
9	17 au 19 août 2026 (3 jours) – capacité réduite	<input type="checkbox"/>

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